



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

**“RESILIENCIA. FORTALECIENDO LOS RECURSOS
DEL NIÑO PARA ENFRENTAR DESAFÍOS”**

Reporte de experiencia profesional

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

PRESENTA
ANGÉLICA CASTRO RECILLAS

Directora de Tesis: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Revisora: Mtra. Laura Somarriba Rocha

Mtra. Edith Romero Godínez

Mtra. Verónica Ruiz González

Dra. Fayne Esquivel Ancona

México, D. F., Marzo del 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Rocío que siempre estuvo a mi lado para apoyarme e impulsarme cada vez que lo necesitaba. Por su amor y ternura con la cual traspasó la armadura de hierro que cubre mi frágil existencia. Y a quien admiro por su gran fortaleza y belleza espiritual.

A Kalen y a todos los pacientes y sus familias, que me dieron la oportunidad de trabajar con ellos y me abrieron las puertas de sus vidas. A todos ellos mi profundo respeto y reconocimiento.

A la Mtra. Cristina Heredia Ancona por haber creído en mí y haberme dado la oportunidad de cursar la maestría.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara y la Mtra. Laura Somarriba Rocha por su participación y cooperación en la revisión y supervisión de mi trabajo de tesis.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas. *“Solo quien es universitario conoce el orgullo de sentir a la Universidad en el corazón”*.

Al consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por apoyarme económicamente durante los dos años de formación de la Maestría.

Dedicatoria

Quiero dedicar esta tesis a Lupita, mi terapeuta, mi guía, mi maestra. A ella quien me dio un lugar en la vida y quien me dio el regalo más grande que se le puede dar a una persona: “*el creer en ti*”.

Después de un largo recorrido por diferentes terapeutas por fin comprendí que sino hubieron muchos avances en los otros procesos fueron porque sus palabras sonaban vacías, pues no llevaban el *afecto* tan necesario en todo proceso terapéutico para el progreso del paciente. Aquel amor con el que me desarmó y que le permitió llegar hasta mí. El no haberse interesado en “el caso” sino en mí fue lo que hizo la diferencia.

Ese amor entendido como el *deseo de promover el crecimiento de la persona*. En el caso de Lupita por ejemplo, siempre se concentró en mis *recursos*, en mi *potencial*, en mis *posibilidades*, más que en mis *limitaciones*, *problemas* o *enfermedad*. Me mostró cómo ser la *protagonista* de mi vida para dejar de ser víctima de las circunstancias.

Estoy eternamente agradecida con Lupita por el tiempo que me ha dedicado, pues dar tiempo al otro es reconocer que *existe*, es darle *importancia*, y finalmente darle un poco de nuestra propia *vida*.

Gracias por estar siempre *disponible* para escuchar mis problemas, por ayudarme, por acompañarme, por estar *presente*.

Gracias pues por primera vez en toda mi vida me sentí *verdaderamente escuchada*. La *calidez* y *sencillez* con la que se dirigió fue lo que me permitió romper el silencio, antes de que él me rompiera a mí.

El hablar de los problemas a veces puede ser doloroso, pero también *libera*, *consuela*, *cura*.

Con Lupita me sentí tan segura y libre para hablar que por fin pude abandonarme y expresar mi cólera, mi tristeza, mis miedos... sin temor a ser juzgada por lo que decía o sentía pues no la turbaba ni mi cólera ni mis tristezas.

Y cuando las palabras no eran suficientes para expresar lo que sentía o cuando ni siquiera podía llorar, estaba ahí ella dispuesta a llorar por mí.

El estar siempre *dispuesta a escuchar* eso me hizo sentir una persona digna de ponerle atención. Y valorar a alguien de esa forma es la mejor forma de enseñarle a valorarse a sí misma.

El respetar y aceptar mis *sentimientos*, *necesidades* y *opiniones* fue lo que me permitió *aceptarme* como soy. Lo que me impulsó a ser yo misma, con mis fuerzas y debilidades, con mi luz y sombra, sin sentir vergüenza ni culpabilidad.

Durante mucho tiempo creí firmemente en una frase que decía: “*En realidad no necesito a alguien que vea lo bueno en mí, necesito a alguien que vea lo malo y aun así me quiera*”. Pero ahora puedo decir que lo que en realidad necesitaba era a alguien que viera ambas partes en mí: lo “bueno” y lo “malo”. Que fuera capaz de verme como soy y aún así en cuyo reflejo me sintiera como algo “*hermoso y digno de ser amado*”. Ahora, gracias a Lupita sé que soy una buena persona, por más diferente que sea a los demás.

Lupita me enseñó que aunque el dolor nunca se quite del todo, debe expresarse y transformarse en algo creador, pues de lo contrario destruye, estallando dentro de uno y en los demás.

Me enseñó que en la vida me caeré y me volveré a caer, pero que podré levantarme una y otra vez y que ella estará ahí para acogerme, pues aunque no esté físicamente está siempre conmigo, pues la llevo dentro.

Con mucho dolor aprendí que las personas siempre fallan y que realmente no existe el “*amor incondicional*” pues la aceptación de otra persona está siempre *condicionada* por el cumplimiento de las *expectativas* o por la satisfacción de las *necesidades* de los demás.

Pero me mostró otro tipo de amor, el amor verdadero, real. El que implica dedicarle tiempo al otro, preocuparse por el otro, desear su bienestar y desarrollo y hacer todo lo posible para lograrlo, comprometiéndose con la persona, escuchándolo con todos los sentidos y abandonarse a tal punto que le permita experimentar lo más posible el mundo del otro, pero respetando siempre su individualidad, lo que siente, piensa o necesita, aceptándolo como es y a pesar de lo que es, y aún así, sentirte especial.

Para todo ser humano el *amor* constituye el alimento psíquico *más importante de la vida*. El amor es tan necesario como la lluvia y los árboles, el fuego y el viento..... como la comida para el niño hambriento.

Necesitamos el amor y sólo el amor podrá hacernos olvidar y perdonar todas las ofensas.

Además, el sentirse amado por alguien da al individuo la energía necesaria para levantarse cada vez que cae y la razón para continuar viviendo y luchando.

Vanistendael dijo: “*No existe ayuda eficaz y duradera si no existe amor auténtico. Si aquel que ayuda no está movido por un profundo amor por sí mismo, por el ser humano y por su trabajo, no hace más que un trabajo técnico y rutinario*”.

Lupita fue como un pecho lleno de leche, un arrullo que calma, un regazo tibio y acogedor que envuelve. La fuente de vida que incorporé y que en mí se impone.

Ahora me siento llena pues he ido integrando y haciendo mío todo lo *bueno* que he recibido de ella, tal como un niño lo hace con su madre.

Y finalmente como dijo el principito: “*Amar es la confianza plena de que pase lo que pase vas a estar..... en silenciosa compañía. Amar es saber que no te cambia el tiempo, ni las tempestades, ni los inviernos.....*

Amar es darte un lugar en mi corazón para que te quedes para siempre y saber que en el tuyo hay un lugar para mí”.

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Resiliencia	3
Antecedentes	3
Definición.....	6
Elementos que promueven la resiliencia	8
Factores internos	8
Factores externos	14
Capítulo 2. Maltrato	17
Definición.....	17
Tipología	19
Maltrato físico.....	19
Abandono o negligencia física/cognitiva	21
Maltrato y abandono emocional.....	22
Abuso sexual.....	23
Etiología	25
Etiología del maltrato físico.....	26
Etiología del abandono físico	30
Etiología del abuso sexual	32
Elementos que promueven la resiliencia en el maltrato infantil	35
Factores internos	35
Factores externos	41
Capítulo 3. Metodología del trabajo clínico	47
Justificación y planteamiento del problema	47
Preguntas e hipótesis de trabajo.....	48
Objetivo general.....	48
Participantes y tipo de estudio	48
Escenario y materiales	48
Procedimiento.....	48
Presentación del caso	49
Motivo de consulta.....	49
Descripción clínica de Kalen.....	49
Genograma	507
Estructura, dinámica e historia familiar	51
Historia del desarrollo y antecedentes clínicos	52
Entrevista con las madre	55

Evaluación.....	56
Integración de resultados.....	71
Núcleos de intervención.....	75
Capítulo 4. Análisis de las sesiones	77
Fase inicial.....	77
Fase intermedia.....	82
Fase final.....	101
Capítulo 5. Conclusiones	109
Conclusiones	109
Bibliografía	115
Anexos	119

INTRODUCCIÓN

La resiliencia ha sido definida como la *capacidad* del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformado por ellas (Edith Grotberg, 1996).

Esta nueva concepción ha llevado a adoptar un nuevo enfoque de los problemas, pues hace énfasis en las *fortalezas, posibilidades y oportunidades* de las personas, más que en las debilidades y amenazas.

Por lo que es de suma importancia enfocarse en las posibilidades y fortalezas de los niños, en lugar de hacerlo en sus limitaciones, orientando de esta manera todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos del ser humano.

El estudio de la resiliencia en el caso del maltrato pretende reflexionar sobre la importancia de enfocarse, no sólo en las graves consecuencias que éste produce, sino también en aquellos *recursos* infantiles que les permiten a los niños retomar su desarrollo.

La intervención terapéutica que se presenta es el estudio de caso de un niño de 9 años perteneciente a un nivel socioeconómico medio-alto. El motivo de consulta fue por: Diagnósticos no precisos (TDA y síndrome de Pierre Roban), movimiento de manos (tic nervioso), ansiedad, violencia intrafamiliar, bajo rendimiento escolar (dificultades en la lecto escritura y cálculo), problemas de conducta (agresividad y aislamiento) y sonambulismo.

Los resultados obtenidos en la evaluación mostraron inmadurez y daño neurológico debido a factores orgánicos, dificultades en el área perceptomotora que lo llevaban a tener dificultades en la lecto-escritura y cálculo, sin embargo, no presentaba problemas en el área cognitiva. Además de presentar ansiedad, trastornos del sueño (terrores nocturnos y sonambulismo) y ser víctima de maltrato.

Los focos de intervención fueron dirigidos a la expresión de emociones y autorregulación de la conducta, el fortalecimiento del autoconcepto y autoestima, el desarrollo de habilidades sociales, la promoción de la responsabilidad y el autocuidado, el fortalecimiento de las redes sociales, así como la movilización de sus *recursos* (internos y externos).

Los alcances obtenidos en el niño fueron: el establecimiento de la alianza terapéutica, fortalecimiento del autoconcepto y autoestima, desarrollo de la empatía y mejores habilidades sociales, identificación de sus redes de apoyo y la movilización de sus recursos.

La estructura general del reporte de experiencia está dividida en cinco capítulos.

El primer capítulo hace referencia a la resiliencia, donde se incluyen los antecedentes, definición y elementos que la promueven (factores internos y externos).

El segundo capítulo hace referencia al maltrato, su definición, los diferentes tipos y su etiología de cada una de las categorías de este.

En el tercer capítulo se presenta toda la metodología del trabajo clínico que se realizó para el estudio del caso.

El cuarto capítulo incluye el análisis de las sesiones de tratamiento que está basado en la terapia de juego no directiva de Axline.

Finalmente en el quinto capítulo se presentan las conclusiones.

CAPÍTULO 1

RESILIENCIA

“Las dificultades preparan a personas comunes para destinos extraordinarios”
C.S. Lewis

ANTECEDENTES

El enfoque de *resiliencia* surge a partir de las investigaciones para entender las *causas y la evolución de la psicopatología*. Estos estudios demostraron que existía un grupo de niños que no desarrollaban problemas psicológicos o de adaptación social a pesar de las predicciones de los investigadores (Masten, 1999 y 2001; Grotberg, 1999 citados en Melillo, 2001).

Algunos investigadores se preguntaban qué pasaba en los niños que viven en riesgo social y se adaptaban positivamente a diferencia de aquellos niños que no se adaptaban a la sociedad.

En un primer momento los investigadores pensaron que esos niños se adaptaban positivamente debido a que eran “*invulnerables*”, es decir, podían “*resistir*” el estrés y la adversidad y creían ser “*inmunes*” al riesgo (Koupernik, citado en Rutter, 1991).

No obstante, el concepto de invulnerabilidad pronto perdió vigencia por varias razones. Rutter (1993) señaló algunas, que cuestionan la utilización de dicho concepto:

- a) La invulnerabilidad implica una *resistencia absoluta* al daño
- b) Sugiere que la característica se aplica a *todas* las circunstancias de riesgo
- c) Implica una característica *intrínseca* del sujeto
- d) Sugiere una característica *estable* en el tiempo

Por otro lado, la *vulnerabilidad* es comúnmente usada en referencia a predisposiciones individuales para el desenvolvimiento de la psicopatología. Algunas condiciones, como el temperamento y la carga genética contribuyen a la vulnerabilidad de los niños que viven en condiciones ambientales con elevados índices de efectos estresores, que, en muchos casos, potencian el efecto del riesgo.

No obstante, estas críticas empujaron a los investigadores a dejar de referirse a invulnerabilidad para pasar a desarrollar el concepto de resiliencia.

Se decidió utilizar la palabra resiliencia en lugar de invulnerabilidad puesto que la primera implica que a pesar de que el individuo es *afectado* por el estrés o la adversidad es capaz de *superarlo* o *salir fortalecido*, además de que implica un proceso que puede ser “*desarrollado y promovido*”, mientras que la invulnerabilidad es considerada como un rasgo “*intrínseco*” del individuo, a sus aspectos más sensibles (Rutter, 1991).

Emmy Werner y Ruth Smith (1992) realizaron un *estudio longitudinal* en Hawai durante treinta y dos años, a 505 individuos, desde su período prenatal hasta la adultez. El estudio consistió en identificar aquellos factores que diferenciaban a un grupo de individuos que se adaptaban positivamente a la sociedad de aquellos individuos que asumían conductas de riesgo.

Los investigadores de esta generación se apegaron al modelo triádico de la resiliencia, el cual consiste en organizar los factores resilientes y de riesgo en tres grupos diferentes: los atributos individuales, los aspectos de la familia y las características de los ambientes sociales en que los individuos se ven inmersos.

Aún muchos autores continúan afirmando que las experiencias precoces infantiles condicionan automáticamente la personalidad adulta, pero esta idea reposa mucho más sobre una necesidad de coherencia ideológica que sobre argumentos científicos (Vanistendael, 2000).

El término de resiliencia vino a cambiar la manera de pensar “*determinista*” al creer que la vida está determinada por las dificultades de la misma. Incluso hay un dicho popular que dice: “*infancia igual a destino*”.

La creencia en un destino infeliz no es solamente falsa, sino sobre todo *estigmatizante y dura de llevar*, pues frases como: “*no se puede dar lo que no se tiene (amor)*” o “*reproducimos siempre lo que hemos vivido*” son verdaderas puñaladas en el corazón del ex niño maltratado que se esfuerza por ser un padre afectuoso.

Para entender mejor la resiliencia, Wolin y Wolin citados en Klinkert (2002) propusieron dos tipos de modelos: el “*modelo de desafío*” y el “*modelo de daño*”. El primero consiste en reconocer que los seres humanos no nos encontramos totalmente desprotegidos y vulnerables ante un evento que podría implicar daño o riesgo de daño, pues todos poseemos una especie de escudo protector que es la resiliencia, la cual evitará que esas fuerzas actúen severamente sobre nosotros, siendo una especie de filtro que atenúa los posibles efectos desagradables o nocivos, y lo que es mejor, logra incluso transformarlos en factores de superación. De allí el nombre de “*modelo de desafío*” pues la amenaza potencial se convierte en un “*reto o desafío*” para que el individuo crezca y salga fortalecido.

Por otro lado, el “*modelo de daño*” parte de la concepción tradicional de que las dificultades, en especial los problemas familiares, el niño se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad a las adversidades, ante las cuales sucumbirá para convertirse en un adulto que repetirá los mismos esquemas de relación a que fue sometido durante los primeros años de vida; por lo que desde esta mirada es necesario protegerlo desde afuera, es decir, desarrollando programas en las que se combatan aquellos factores que pueden deteriorar o incluso bloquear su proceso de desarrollo.

Las diferencias entre estos dos modelos radican en:

- Una actitud basada en el *modelo de desafío* permite reconocer en el niño la “*capacidad*” que tienen de ayudarse a sí mismos, y percibe al padre, profesor o cualquier otro adulto que interviene en su desarrollo, en un *apoyo* para él en su esfuerzo por salir adelante, pues se basa en las *fortalezas* y las *oportunidades* que ofrecen ellos mismos y su realidad.
- Una actitud basada en el *modelo de daño* considera a los niños como seres indefensos que hay que proteger, sin capacidades, competencias, responsabilidades ni recursos suficientes para hacerse cargo de sí mismos, pues están determinados negativamente por sus experiencias adversas. Y en tal caso, sólo se espera que respondan a los procesos de intervención.

Por tanto, la resiliencia es un modelo de promoción del bienestar que está comprometido con la maximización del *potencial* y del desarrollo entre los individuos en riesgo y no sólo con la prevención de los desórdenes de salud.

Por otro lado, existen factores de riesgo y factores de protección (Casol y De Antoni citados en Morelato, 2011).

Los *factores de riesgo* hacen referencia a condiciones que, cuando están presentes, facilitan la aparición de resultados negativos e indeseables para el desenvolvimiento humano, tales como problemas físicos,

emocionales y sociales. Tradicionalmente, los factores de riesgo son los responsables de acentuar los problemas o las deficiencias, y son definidos en forma estática como eventos estresores.

Belsky (citado en Klinkert, 2002) menciona algunos factores de riesgo asociados al maltrato como son: un número elevado de hijos (sobre todo, si hay varios menores de 5 años), las situaciones de extrema pobreza, la falta de espacio para la recreación suficiente y satisfactoria de los niños y la ausencia de uno de los padres, pues este último conlleva a la sobrecarga de roles, la carencia de apoyo material y emocional, y una cierta connotación negativa que suele tener la monoparentalidad en algunas comunidades, sobre todo en el caso de madres solteras.

Por otro lado, los niños que por alguna razón no responden a las expectativas de los padres, ya sea porque fueron concebidos sin haber sido deseados o nacieron prematuramente, con alguna malformación o defecto físico o mental, desarrollan alguna enfermedad o padecen algún accidente, tienen un nivel de desarrollo por debajo del promedio, no son atractivos como otros niños, por lo que tienden a ser víctimas de maltrato.

Frodi descubrió en 1981 que los niños prematuros o con menores niveles de desarrollo suelen llorar en una tonalidad más aguda y de una forma arrítmica que provoca en los adultos una activación fisiológica mayor que la producida por el llanto de niños normales, lo que termina por desencadenar en ellos reacciones violentas en su contra.

Otros factores de riesgo asociados al maltrato son los trastornos de personalidad de los padres, tales como: baja autoestima, tendencia a la depresión y ansiedad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y estrés, incapacidad para identificar y resolver problemas, incapacidad para desarrollar empatía (en los otros y en especial en el hijo), pobre vínculo con los padres u otras figuras parentales y las adicciones en los padres.

Por otro lado la falta de empleo, la insatisfacción laboral, la percepción de apoyo social y reconocimiento insuficientes por parte de las personas que los padres tienen a su alrededor, producen como resultado la aparición de tensiones crecientes en las relaciones de pareja y en las relaciones con los hijos, que suelen culminar en situaciones de maltrato y abuso más o menos permanentes.

Los *factores de protección* son aquellas variables (personas, situaciones, actitudes, etc.) que ayudan a prevenir o reducir las situaciones negativas o los efectos del riesgo. También son consideradas como fuerzas (internas o externas) que permiten al individuo mitigar el efecto de los riesgos (Puig y Rubio, 2011).

Por ejemplo, las adolescentes (mujeres) que viven en la calle asumen posturas, rasgos y conductas “masculinas” como estrategias de protección. Estas *circunstancias, atributos o sucesos* (en este caso, el asumir conductas masculinas) son producto de su interacción con el riesgo, lo cual las transforma en factores de resiliencia. De este modo, la presencia de riesgo puede desembocar en una doble vía: puede llevar a la vulnerabilidad, es decir, a la presencia de respuestas negativas en el individuo tales como disminución de autoestima, trastornos de personalidad, depresión, etc. o puede llevar a la resiliencia, es decir, a que la persona pueda darle continuidad a su desarrollo o a una gran parte de él, a pesar del riesgo. La inclinación hacia una u otra vía dependerá del impacto que tengan estos factores en el desenvolvimiento del individuo.

Por otro lado, es importante mencionar que los factores de riesgo y de protección no son universales ni fijos (Greco et al., 2006 citado en Morelato, 2011) pues una misma variable puede actuar como factor de riesgo o de protección, según las circunstancias del contexto. Por ejemplo, la familia que en una situación de guerra es un agente de apoyo y protección, puede constituir un factor de riesgo en las situaciones de maltrato.

Por lo tanto, el conjunto de factores que conllevan a una mayor predisposición a la *vulnerabilidad* se denomina dimensión de riesgo. El conjunto de factores que conducen a mayor probabilidad de generar un mecanismo de protección forman parte de la dimensión de protección.

Ahora, más que establecer una distinción sistemática entre factores de riesgo y factores de protección, es preferible discernir en cada situación lo que es riesgo y lo que es protección, utilizando criterios adaptados al contexto y a las personas implicadas. Por lo que es importante comprender las estrategias de supervivencia y la lógica de la persona que debe enfrentarse a enormes dificultades. Para ello podemos preguntarnos *¿cuáles son los factores que refuerzan la estabilidad del equilibrio y cuáles, por el contrario, la ponen en peligro?*

Por otro lado, hay que tomar en cuenta que el riesgo es inherente a la vida, y la *sobreprotección* puede a largo plazo destruir la resiliencia, incluso más que la violencia. Por lo que una buena educación debería favorecer el movimiento continuo de este equilibrio entre riesgo y protección, abriendo al niño nuevas experiencias (riesgos), pero en un contexto de seguridad y teniendo en cuenta sus límites (seguridad). De esta manera el niño podrá aumentar progresivamente su capacidad de defenderse y de construir su vida en circunstancias variadas, ya sean éstas positivas o negativas.

Por lo tanto, la resiliencia se define como un proceso dinámico, que depende de factores internos (personales) y externos (contextuales) tanto de riesgo como protectores.

DEFINICIÓN

El término resiliencia tiene su origen en el latín, *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término se utiliza en física. Expresa la cualidad de los materiales a resistir la presión, doblarse con flexibilidad, recobrar su forma original, no deformarse ante presiones y fuerzas externas y su capacidad de resistencia al choque.

Posteriormente la resiliencia fue adaptada por las ciencias sociales, para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y/o vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollaban psicológicamente sanas y con éxito (Rutter, 1993). Es importante aclarar que la resiliencia humana no se limita únicamente a *resistir*, sino que permite la “*reconstrucción*”.

Al revisar las diferentes bibliografías, es posible encontrar muchas definiciones del término resiliencia. A continuación se mencionan algunas de las definiciones más relevantes.

- Vanistendael (1994) menciona que la resiliencia distingue dos componentes: la resiliencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.
- Suárez Ojeda (1995) establece que la resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.
- Michael Rutter (1995) define resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que se construyen en el tiempo, a partir de las interacciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural, para posibilitar una vida sana en un medio insano.

- Edith Grotberg (1996) define resiliencia como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformado por ellas. Para ello se requiere de la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: soporte social (yo tengo), habilidades (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy y yo estoy).
- Autores como Luthar y Cushing (1999), Masten (1999), Kaplan (1999) y Bernard (1999) (en Suárez Ojeda, 2001) entienden resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad.
- Luthar, Cicchetti y Becher (2000) señalan que se refiere a un proceso dinámico de adaptación a un contexto de adversidad significativa, que debe cumplir dos condiciones críticas: 1) la exposición a una amenaza significativa o adversidad severa y 2) el logro de una adaptación positiva en el proceso de desarrollo.
- Boris Cyrulink (2001) define la resiliencia tanto la capacidad de resistir magulladuras de la herida psicológica, como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia.

Como se puede observar, todas las definiciones coinciden en que el concepto de resiliencia requiere que el individuo logre una adaptación positiva a pesar de estar o haber estado expuesto a una situación adversa. Por lo tanto es necesario definir adversidad y adaptación positiva.

El término “*adversidad*” (también usado como sinónimo de riesgo) puede designar una constelación de muchos factores de riesgo (tales como vivir en la pobreza), o una situación de vida específica (como la muerte de un familiar). Las adversidades pueden suceder también dentro del círculo familiar, como muerte, divorcio o separación, enfermedad, pobreza, mudanza, malos tratos, abuso sexual, falta de vivienda y homicidio (Luthar y otros, 2000).

La *adaptación* es considerada “*positiva*” cuando el individuo ha alcanzado expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo o cuando no ha habido signos de desajuste. En ambos casos, si la adaptación positiva ocurre a pesar de la exposición a la adversidad, se considera una adaptación resiliente.

Es importante mencionar que es *imposible* esperar una adaptación resiliente en “*todas las áreas de desarrollo*” por igual, es decir, en el área cognitiva, conductual, social y emocional, puesto que esto no ocurre ni siquiera en aquellos casos que se consideran de desarrollo “*normal*”. En ese sentido, si se esperaría una adaptación resiliente en todas las áreas de desarrollo, entonces se entendería la resiliencia como antídoto para crear “*súper niños*”, en las que fueran prácticamente perfectos en cada área del desarrollo y por lo tanto se consideraría al niño como si fuera inmune a la adversidad, sin considerar sus aspectos de vulnerabilidad y sus propios esfuerzos por superar la adversidad.

Por otro lado, la resiliencia *no es estable en el tiempo*, varía de acuerdo con la etapa de desarrollo de los niños y con la calidad del estímulo estresor, por lo que puede ser que niños que se desempeñan bien en un momento determinado, posteriormente pueden presentar deterioro en alguna área. Para Rutter (1990) las raíces de la resistencia provienen tanto del ambiente como de lo constitucional y varía a lo largo del tiempo y de acuerdo a las circunstancias. Y a menor edad es más probable que los niños sean mucho más vulnerables al riesgo.

Estabilidad a lo largo del desarrollo significa que el ambiente provea los recursos necesarios para que el niño que vive en situación de adversidad, pueda seguir adaptándose positivamente durante las diferentes etapas de desarrollo.

Por lo que es importante tener en cuenta las *etapas del desarrollo* al momento de promover la resiliencia, pues esto permitirá conocer las posibilidades “reales” del niño, sin generar falsas expectativas sobre lo que puede o no hacer.

Luthar y cols. (2000) definieron resiliencia como un proceso que *puede ser promovido* a lo largo de la vida, pues afirman que a pesar de que todos los individuos (resilientes o no) cambian y fluctúan a través del tiempo, se ha demostrado (Glantz y Sloboba, 1999, y Masten, citados en Luthar y otros, 2000) que niños que viven en situación de riesgo y a los que les va bien en un aspecto crítico generalmente continúan teniendo resultados positivos a lo largo del tiempo. Mencionan que esto es posible si el *ambiente*, la *familia* y la *comunidad* siguen apoyando el desarrollo del niño y proveyendo los recursos que puedan necesitar para superar la adversidad.

Cabe aclarar que esta estabilidad a lo largo del desarrollo no significa que una persona *es* resiliente, ya que esto equivaldría al error de considerar la resiliencia como si fuera un “rasgo de personalidad o un atributo personal”. Recordemos que la diferencia entre entender la resiliencia como un *proceso* o como un *atributo de personalidad* radica en que la noción de proceso descarta definitivamente la concepción de resiliencia como un atributo personal e incorpora la idea de que la adaptación positiva no es sólo tarea del niño, sino que la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad deben proveer recursos para que el niño pueda desarrollarse plenamente.

La resiliencia puede darse en *todo tipo de niños*, desde niños con temperamentos dóciles y afectuosos hasta niños con características irascibles e introvertidas; aunque estos últimos van a encontrar más dificultades, puesto que son más vulnerables al momento de enfrentar adversidades.

Por otro lado, Amar (2003) menciona que no solamente se puede promover la resiliencia debido a la adversidad, sino que inclusive puede desarrollarse en la *anticipación* de adversidades inevitables.

Concluyendo, la resiliencia es un continuo que refuerza las *opciones y oportunidades* de las personas mediante la aplicación de sus capacidades y recursos internos y externos para enfrentarse a situaciones de riesgo o que ponen en peligro su desarrollo.

ELEMENTOS QUE PROMUEVEN AL RESILIENCIA

Factores internos

Los *recursos personales* comprenden todas aquellas *fuerzas internas, capacidades y atributos* que tiene el niño, para enfrentar la adversidad, y salir fortalecido de ella. Algunos recursos pueden ser: la autonomía, la capacidad empática, orientación a la tarea y factores del temperamento. Cabe mencionar que este último es el único que se trae al nacer y que no es aprendido, contiene los rasgos particulares y características propias (Rosales, 2008).

Los atributos que aparecen con frecuencia en los niños y adolescentes considerados resilientes son los siguientes (Suárez Ojeda, 2001):

a) *Introspección*: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta; es tributaria del desarrollo *equilibrado* entre el Yo y el Superyó-ideal del sujeto.

Cuando uno se pregunta a uno mismo, se pone en juego la autoestima. Por lo que si ésta es negativa y el Yo es víctima de una exacerbada crítica interna (por su propia autoconciencia vinculada al Superyó o está agobiado por las exigencias de sus ideales), no va a poder darse una respuesta honesta, pues implicaría lesionar su autoestima, por lo que el sujeto se defenderá rechazando cualquier interrogante que ponga en peligro su precario equilibrio.

La introspección tiene que ver con la *reflexión* sobre *uno mismo*, sobre los *otros*, sobre los *hechos*, sobre el *sentido de la vida*. Respecto a este último, Michael Manciaux habla de la capacidad de *proyectarse en el futuro*. Ann y Alan Clarke, de capacidad de *planificar y fijarse objetivos*, es decir, el hecho de dar una orientación a la vida.

Varios estudios indican que la “*falta de sentido de la existencia*” es correlativa a *perturbaciones psicológicas* y Cyrulnik (2003) llegó a la conclusión de que el sufrimiento deja de doler a partir del momento en que adquiere un *significado*.

Boris Cyrulnik (2003) menciona que casi todos los niños resilientes han debido responder a dos preguntas: *¿Por qué tengo que sufrir tanto? ¿Cómo voy a hacer para ser feliz a pesar de ello?* Algunos aprendieron con los años que nada más grave les podía pasar y llegaron a la conclusión de que si fueron capaces de soportar y vivir a situaciones tan extremas, por lo tanto “*ya nada les podía suceder que no pudieran vencer*”.

b) *Independencia*: Saber fijar límites entre uno mismo y el medio sin problemas; capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

Vanistendael (2002) relaciona la independencia con la responsabilidad pues no pueden estar separadas y refiere que una responsabilidad bien asumida puede dar el sentimiento de ser útil, de ser apreciado, siempre y cuando este trabajo no sobrepase las posibilidades del niño. Por otro lado, la responsabilidad puede igualmente implicar una dimensión altruista cuando el niño toma a su cuidado un animal, una planta, o incluso a otro niño.

Un estudio comparado llevado a cabo por Hanita Zimrin (2001) observó el devenir personal de diez chicos maltratados. Varios de ellos, habían sido responsables de alguien más, ya sea de un hermano menor al que había que proteger o de un animal del cual tenían que ocuparse. Esta responsabilidad fue un elemento esencial en la vida de esos niños para lograr un cierto equilibrio psicológico.

c) *Capacidad de relacionarse*: Habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. La *necesidad* constante de *afecto* que requiere la autoestima del sujeto moviliza esta capacidad durante toda la vida. Sin embargo, un desequilibrio narcisista puede dificultarla, tanto por déficit como por exceso. Por “*déficit*” ocurre cuando la baja autoestima lleva al sujeto a pensar que no es merecedor de la atención de los otros, por lo que con su propia evasión por el contacto con los demás, termina por confirmarle, cuando los demás optan por no aproximarse a él. Y por “*exceso*” se produce cuando una sobreestimación defensiva que sirve para obstruir carencias importantes provoca un alejamiento disfrazado de soberbia, omnipotencia, autosuficiencia, etc., rasgos que ahuyentan a los otros. En estos casos, el desequilibrio depende de una excesiva presión del Superyó o del ideal del Yo.

d) *Humor*: Consiste en ser capaz de reírse de uno mismo, de las propias equivocaciones y limitaciones, generando con ello libertad y fortaleza interior. Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Muestra además cómo la *percepción* de una situación puede reconfigurarse y producir un cambio en el *afecto* y el *comportamiento* de la persona.

El humor proporciona un sostén benéfico cada vez que tenemos que encarar una diferencia entre lo ideal y la realidad, ayuda además al individuo a aceptar sonriendo sus propias carencias y las imperfecciones de su entorno. Facilita el desprendimiento interior, un cierto distanciamiento con respecto al problema e invita una mirada divertida sobre nuestra condición. También se han encontrado efectos benéficos del humor sobre la salud, contraponiéndola a los efectos negativos del estrés.

Freud (1927) decía que la esencia del humor consistía en “ahorrarse los afectos a que habría dado ocasión la situación y en saltarse mediante una broma la posibilidad de tales exteriorizaciones de sentimiento, revelando su capacidad de transformar el sufrimiento en placer”, es decir, mediante el humor, el sujeto rehúsa sentir lo doloroso de la realidad, aunque sin desconocerla ni desmentirla; además, mediante el humor, el Yo se puede burlar de los requerimientos o juicios del Superyó o pertenecientes a los ideales del Yo.

Es interesante como en las comunidades habitantes de los Andes peruanos utilizan el humor, pues siendo una comunidad que se caracterizan por su carácter autoritario, la sátira y el humor son empleados como un mecanismo para expresar descontento con algo determinado. Los niños y los adultos usan este recurso para hacer sentir su desacuerdo sin llegar a la discusión o el enfrentamiento con los padres.

El humor es la estrategia de adaptación por excelencia ya que compromete casi toda la persona, su intelecto, sus emociones y su fisiología. El humor es considerado por la mayoría de los autores como la actitud más madura. Y según ciertos psiquiatras, el humor no agresivo es un signo de salud mental.

e) *Creatividad*: Es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Incluye la capacidad de generar condiciones de vida aptas para los deseos y ambiciones del individuo, es decir, constituye la capacidad de “*crear*” las condiciones de satisfacción en el mundo. La condición creativa no es un don ni una rara condición, es parte de la naturaleza humana y depende de cómo se desarrolle el sujeto.

La creatividad y el humor son desarrollados en y a partir del juego, suponen tolerancia a la ambigüedad y a la desorganización, flexibilidad de soluciones para los problemas, permiten procesar las experiencias traumáticas con menos angustia, y son un recurso para enfrentar situaciones de estrés (Llobet, 2005).

f) *Moralidad*: Consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores. Cabe mencionar que este elemento es importante desde la infancia, pero sobre todo a partir de los 10 años.

g) *Autoestima*: Consiste en la capacidad del individuo para quererse a sí mismo, a partir de una visión realista de su *potencial* y de sus *limitaciones*. La autoestima, que tiene que ver con las apreciaciones que el niño hace de sí mismo, derivadas de sus experiencias personales y los vínculos afectivos, influirá en el desarrollo de estrategias para enfrentar las situaciones de tensión (Llobet, 2005).

Dos tipos de experiencia son susceptibles de procurar al niño los elementos necesarios para la construcción de la autoestima: la calidad de su *relación afectiva con sus padres* y sus *logros personales*, es decir, el niño que vive con unos padres disponibles, afectuosos y que estimulan sus esfuerzos se construye habitualmente una imagen de sí mismo amable y competente, lo que dará pie a su vez a confiar en sí mismo y en los demás. Sin embargo, esto tiene solamente sentido si la

actitud positiva y sincera se expresa no sólo por estímulos bien fundados, sino también por “*críticas constructivas*”.

Una valoración demasiado marcada puede ser mal percibida, sobre todo si no parece auténtica, pues lo único que producirá será una generación de jóvenes que no soporten la frustración. Y como dice Vanistendael (2002): “*El objetivo buscado no es la perfección del niño sino su florecimiento*”.

En el caso de niños resilientes, ellos han aprendido a establecer una diferencia entre lo que se les atribuye y lo que son verdaderamente.

Scott Heller et al., 1999 (citados en Morelato, 2011) expresan que la autoestima positiva parece estar asociada al *locus de control interno*, el cual se refiere a la sensación de que los eventos de su vida son consecuencias de sus propias acciones y están bajo su control personal.

Los esposos Wolin (1999) identificaron siete resiliencias que van evolucionando progresivamente a través de cada una de las etapas del desarrollo de la persona, adoptando diferentes manifestaciones en cada una de ellas. Se muestra a continuación.

Tabla 1.
Desarrollo de las resiliencias en cada etapa del ciclo vital

RESILIENCIA	DESARROLLO DE LAS RESILIENCIAS EN CADA ETAPA DEL CICLO VITAL		
	NIÑEZ	ADOLESCENCIA	EDAD ADULTA
INSIGHT O PERSPICACIA: Capacidad para observar y observarse a uno mismo simultáneamente. Para hacerse preguntas difíciles y darse respuestas honestas.	Intuición: Forma particular de sentir. Intuición preverbal sobre algo que el niño percibe como injusto en su mundo.	Conocimiento: Capacidad para darles nombre a los problemas y observarlos desde afuera de uno mismo, sin autoculparse. Conocimiento sistemático y bien articulado del problema.	Comprensión: Capacidad para emplear experiencias ya vividas en la resolución de problemas actuales. Comprensión de uno mismo y de otros. Tolerancia entre compleja y ambigua.
INDEPENDENCIA: Capacidad para fijar los propios límites en relación con un medio problemático, para mantener distancia física y emocional con respecto al problema, sin llegar a caer en el aislamiento.	Alejamiento: Capacidad para tomar distancia de los problemas familiares, que generalmente el niño expresa alejándose para jugar. Decisión de deambular alejándose cuando un problema está en el ambiente.	No engancharse: Capacidad para desentenderse de los problemas familiares con los cuales no tiene relación, y tomar las riendas de la propia vida, que generalmente el adolescente expresa dejando de buscar aprobación y amor en sus mayores.	Separación: Capacidad para balancear las necesidades propias y las demandas del medio, para tomar decisiones apropiadas para beneficio propio sin detrimento de los demás. Separación definitiva, asumiendo el control de uno mismo por encima del sufrimiento.
RELACIÓN: Capacidad para crear vínculos íntimos y fuertes con otras personas.	Relaciones fugaces con personas que están emocionalmente disponibles, que se acercan con simpatía o en plan de ayuda.	Relaciones que se vuelven “reclutadoras”; intentos deliberados por comprometerse con adultos y pares amables que pueden convertirse en soporte, en actividades gratificantes para ambos.	Relaciones que maduran para convertirse en uniones mutuamente gratificantes; lazos personales que se caracterizan por un equilibrio entre el dar y el recibir.
INICIATIVA: Tendencia a exigirse a uno mismo y a ponerse a prueba en situaciones cada vez más exigentes. Capacidad para la autorregulación y la responsabilidad personal, necesarias para lograr autonomía e independencia. Impulso para lograr experiencia.	Exploración: Tendencia a seguir la propia curiosidad, a explorar el mundo físico a través del ensayo y error.	Trabajo: Tendencia a mantenerse ocupado en actividades propias del proceso educativo, tanto como en actividades extraescolares. Capacidad para identificar y solucionar problemas cuando se presentan.	Generación: Capacidad para enfrentar grandes desafíos que generalmente se expresa en forma de liderazgo grupal o comunitario, capaz de equilibrar los proyectos de trabajo con la vida personal.
HUMOR Y CREATIVIDAD: tienen una raíz común. El primero es la capacidad para encontrar el lado divertido de una tragedia. La segunda es la capacidad de crear orden, belleza y objetivos a partir del caos y del desorden. Ambos son puertos seguros para la imaginación, en donde cada uno puede refugiarse y reestructurar sus experiencias. Capacidad para ver lo absurdo en los problemas y dolores propios. <i>Generalmente son la manifestación de que la adversidad ya ha sido superada.</i>	Juego: Es una forma consciente o inconsciente de contrarrestar la fuerza con la cual golpea una situación adversa. El niño suele canalizar sus miedos a través de él, para lo cual utiliza todo el recurso de su imaginación y fantasía para construir un mundo conforme con los propios deseos, dentro del cual recrea las situaciones estresantes de tal manera que pueda controlarlas, logrando así recuperar la confianza y el valor perdidos.	Moldearse: Es una forma más elaborada del juego y la fantasía, en la cual aparecen la creación y/o la expresión artística bajo cualquiera de sus manifestaciones, lo que exige disciplina e imaginación. Empleo del arte y la comedia para dar forma estética a los pensamientos y los sentimientos íntimos.	Composición y risa: Ambas son formas de verse desde afuera y transformar lo que se tiene en algo beneficioso para uno mismo y para los demás. La primera consiste en la realización de proyectos artísticos serios. La segunda es la capacidad para no hacer nada, para minimizar el dolor con una broma. En esta etapa, pasan de ser un solo bloque a separarse y a tener cada una sus propias características.

<p>MORALIDAD: Abarca dos variables fundamentales, la capacidad de desearles a otros el mismo bien que se desea para uno mismo, y al mismo tiempo la de comprometerse con valores específicos. Es la actividad de una conciencia informada. Capacidad para darle sentido a la propia vida.</p>	<p>Juicio: Capacidad para distinguir entre lo bueno y lo malo, y en base a ello, reconocer aquello que genera la familia, manteniéndose al margen y desarrollando nuevas capacidades de dominio básico y progresivo sobre la propia vida.</p>	<p>Valores: Capacidad para reconocer los propios valores y fortalezas, lo que permite aprender de las experiencias dolorosas y comunicarlas sin angustia ni vergüenza. Capacidad para valorar y decidir cuáles comportamientos se deben asumir.</p>	<p>Servicio: Capacidad para entregarse a los demás, para servir, para contribuir al bienestar de otros además del personal.</p>
--	--	--	--

Stefan Vanistendael y Jaques Lecomte (2002) comparan la resiliencia con una “casita”, que se construye con sólidos cimientos. Cada estancia representa un campo de intervención posible, para construir, mantener o restablecer la resiliencia.

En primer lugar, se encuentra el suelo sobre el que está construida: se trata de *necesidades físicas* básicas como la alimentación y los cuidados básicos para la salud. Quienes trabajan en condiciones extremas como por ejemplo con niños de la calle, explotados sexualmente, en extrema pobreza o los que intentan sobrevivir en campos de refugiados, en ellos son necesidades primordiales que se deben cubrir.

En los cimientos están las *redes sociales*: la familia, los amigos, los compañeros de la escuela, los vecinos, los colegas del trabajo, etc. y en el corazón de estas redes, se sitúa la *aceptación* profunda de la persona, que no hay que confundir con la aceptación de todo comportamiento. El sentimiento de ser profundamente aceptado se sitúa en los cimientos de la casita porque su importancia es primordial para que una persona se vuelva resiliente.

En planta baja encontramos una capacidad fundamental, encontrar un *sentido a la vida*. Para un niño, la responsabilidad de cuidar un animal, una flor o un pequeño jardín o el de ayudar a otra persona, le da la oportunidad de ir más allá de las fronteras del ego en una relación constructiva. El descubrimiento de sentido no es una actividad individual, puede ser activado por los adultos favoreciendo el diálogo con los demás seres vivos y con el entorno material. En el caso de los adultos descubren un sentido a sus vidas comprometiéndose en una relación altruista, cuidando de otro, siendo generosos con otros, responsabilizándose de tareas y cuidados, incluyendo el cuidado de la naturaleza, pueden ofrecer posibilidades pedagógicas importantes.

En el primer piso encontramos tres habitaciones: la *autoestima*, las *competencias* y *aptitudes*, el *humor* y *otras estrategias de adaptación*. Y al igual que en una casa las habitaciones están comunicadas entre sí, es decir, que los campos están ligados, así la autoestima, considerada como un factor esencial de la resiliencia, está en estrecha relación con otros elementos como la aceptación del otro. El buen equilibrio mental (*autoestima*) permite explorar sus posibilidades, las de los demás y las del entorno, aprenden a amar la vida y a estar motivados no sintiéndose bloqueados por obstáculos que consideran insuperables.

Las *aptitudes* y *competencias* interesan de modo particular a la educación. No sólo las aptitudes cognitivas, también las relacionales, profesionales y de supervivencia, que gracias a ellas podemos expresar sentimientos y emociones y mostrar la capacidad práctica de arreglárnosla en la vida cotidiana. Las competencias son tal vez el dominio en donde las intervenciones son más fáciles porque es más simple enseñar competencias que otros dominios. No obstante, aislar las competencias de otras partes de la casita podría crear desequilibrios y revelarse ineficaz e incluso peligroso.

Las *estrategias de adaptación* permiten no solamente proteger al individuo de sufrimientos demasiado pesados de sobrellevar, sino también liberar energías, proporcionar otra perspectiva sobre la realidad.

La más importante de entre ellas es ciertamente el humor que, al igual que el juego, es a menudo olvidado, pese a que constituye una fuerza considerable de resiliencia en muchas situaciones. El *sentido del humor* es fundamental en las relaciones humanas, pues gracias al humor construimos relaciones, vínculos, asociaciones inesperadas y eso relativiza las relaciones y los vínculos evidentes. Sin embargo, si es difícil definir el humor, aún es más difícil aprenderlo.

Finalmente en el desván está la *apertura a otras experiencias*, a menudo más localizadas, que pueden contribuir a la resiliencia. Estas posibilidades de apertura son muy diversas, a veces es simplemente una persona radiante, un pasado positivo, la belleza de un paisaje cercano, etc.

La casita de la resiliencia no es una estructura fija y no responde necesariamente a este orden. Los contextos, los problemas, las culturas son demasiado diferentes y variadas, por tanto, no se puede indicar qué acciones realizar en cada estancia de la casita.

La casita puede servir para encontrar puntos fuertes y débiles de un niño, y es una herramienta del enfoque de resiliencia. Esta propuesta puede aplicarse a la resiliencia de un niño, pero también a la de una familia o de una comunidad, sin embargo, no hay que olvidar que estas son solo sugerencias, pues con cada uno debe descubrir en qué campo se debe actuar y posteriormente cuáles serían las acciones a llevar en cada caso.

Y como una verdadera casa, ella debe ante todo ser construida, luego tener una historia, y por fin necesita de cuidados y reparaciones. Y no olvidemos que como en una casa real las habitaciones se comunican entre sí.

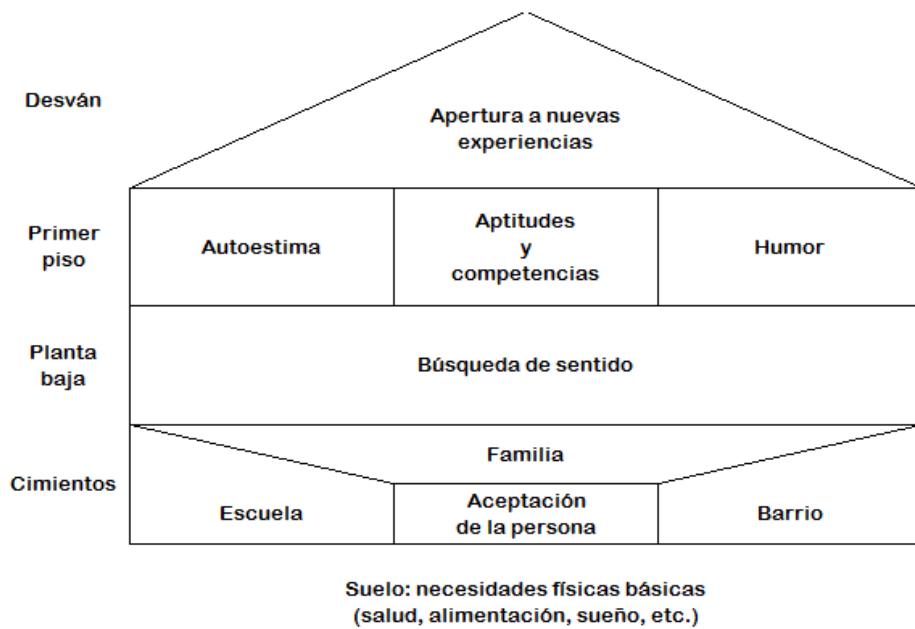


Figura 2. La resiliencia comparada con una casita.
 Fuente: Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa.

Factores externos

Diferentes estudios han identificado lo que se podría llamar “*ámbitos generadores de resiliencia*” los cuales son aquellas circunstancias o factores bajo los cuales surgen en las personas esas fuerzas que las ayudan a superar con éxito la adversidad y a crecer a partir de ella.

Grotberg (1996) identificó diferentes factores que pueden promover la resiliencia y los dividió en cuatro categorías: “*yo tengo*” (apoyo); “*yo soy*” y “*yo estoy*” (atañe al desarrollo de fortaleza intrapsíquica); “*yo puedo*” (remite a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos).

Básicamente se trata de ayudar a los niños a identificar lo que tienen a su alrededor, lo que ellos son o están en disposición, su capacidad de ser o de hacer, y lo que pueden lograr. La estrategia consiste en ayudarlos a descubrir esos recursos que tienen dentro de sí mismos y a su alrededor, y a formular, a partir de su descubrimiento, autoafirmaciones suficientemente fuertes como para llevarlos a actuar encaminados hacia su realización personal, y a superar las dificultades cuando ello sea necesario.

Ambiente social facilitador: Se refiere a redes de apoyo social, como grupos comunitarios y religiosos; también a modelos positivos y a la aceptación incondicional del niño o adolescente por parte de su familia, amigos y escuela. Por tanto es necesario que el niño *cuenta* con:

- Personas a su alrededor que le quieran incondicionalmente y en quienes confiar.
- Personas que le pongan límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que le muestren por medio de su conducta la manera correcta de proceder (modelos para actuar).
- Personas que le ayuden a conseguir su autonomía, es decir, que aprenda a desenvolverse solo.
- Personas que le cuiden cuando se encuentra enfermo, en peligro o necesite aprender.

Estos puntos abarcan la categoría “*yo tengo*”.

Recursos personales: Es la fuerza psicológica interna que desarrolla el niño en su interacción con el mundo. Así también la autoestima, autonomía, control de impulsos, empatía, optimismo, sentido del humor y fe o creencia en un ser superior o en la fraternidad universal. Para ello es necesario que el niño:

- Se sienta una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.
- Sea feliz cuando haga algo bueno para los demás y les demuestre su afecto.
- Sea respetuoso consigo mismo y con los demás.
- Esté dispuesto a responsabilizarse de sus actos.
- Se sienta seguro de que todo saldrá bien.

Estos puntos abarcan la categoría “*yo soy/estoy*”.

Habilidades sociales: Ser capaz de manejar situaciones de conflicto, de tensión o problemas personales. Es necesario que el niño perciba que *puede*:

- Hablar sobre cosas que le asustan o le inquietan.
- Buscar la manera de resolver sus problemas.
- Controlarse cuando tiene ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.
- Contar con alguien que le ayude cuando lo necesita.

Estos puntos abarcan la categoría “*yo puedo*”.

Es importante aclarar que un niño resiliente no necesariamente tiene todas estas características, ni tampoco el tener una sola lo hace resiliente. Por ej. Un niño puede estar rodeado de afecto (tengo), pero si no tiene fuerza interior (soy/estoy) o buena disposición para las relaciones sociales o humanas (puedo), no es resiliente. Un niño puede tener una gran estimación propia (soy/estoy), pero si no sabe comunicarse con los demás o resolver problemas (puedo) y no tiene a nadie que lo ayude, no es resiliente. Un niño puede ser locuaz y hablar bien (puedo), pero si no tiene empatía (soy/estoy) o no aprende de los modelos (tengo), no es resiliente. La resiliencia es producto de una combinación de estas características.

CAPÍTULO 2 MALTRATO

“Lo importante no es lo que hacen de nosotros,
sino lo que nosotros hacemos de lo que hicieron de nosotros”
Jean-Paul Sartre

DEFINICIÓN

Besharov (citado en Arruabarrena, 2001) menciona que el problema esencial de muchas de las definiciones utilizadas en la investigación respecto al maltrato son la falta de comparabilidad, fiabilidad y delimitación taxonómica.

El hecho de que no haya una definición universal sobre el maltrato hace que muchos de los investigadores desarrollen su propia definición, lo cual a su vez hace imposible que se puedan *comparar* los resultados de manera objetiva. La falta de *fiabilidad* tiene su origen por la amplitud, vaguedad e imprecisión de la mayoría de las definiciones. Finalmente la falta de *delimitación taxonómica* se relaciona con la dificultad para especificar la entidad o entidades conductuales concretas que se denominan “maltrato” o “abandono”, pues no hay una verdadera uniformidad en lo que se entiende por maltrato, ni en los diferentes indicadores individuales, familiares o sociales que se presentan en cada tipología de este.

Otro de los problemas para definir el maltrato está relacionado con la *frecuencia e intensidad* requeridas para que una conducta sea considerada como maltrato. Por otro lado, también es importante considerar la *intencionalidad*, sin embargo, nos encontramos con el problema para definir en lo “concreto” la intencionalidad de las personas (Arruabarrena, 2001).

La mayoría de las definiciones trata de responder a dos preguntas esenciales:

¿Dónde se coloca el límite entre lo que es maltrato y lo que no lo es?

¿Se deben tener en cuenta las costumbres y los aspectos culturales a la hora de valorar un comportamiento de este tipo?

Para dar respuesta a ambas preguntas hay quienes defienden que se deben considerar las *necesidades* de cualquier niño en su desarrollo *físico y psíquico*, en el que debe incluirse un mínimo de requisitos de cuidado, atención y trato a la infancia sean cuales sean las condiciones culturales en las que un niño se desarrolla.

En general se admite que los criterios para definir una situación de maltrato han de fundamentarse en las *consecuencias* en el niño, es decir, en los daños producidos, en las necesidades no atendidas y no tanto en la presencia o ausencia de determinadas conductas parentales (Dubowitz, Black, Starr y Zuravin, 1993).

Arruabarrena (2001) menciona tres criterios para definir el maltrato infantil:

1. *La perspectiva evolutiva*. Un mismo comportamiento puede ser perjudicial para un niño en un determinado momento evolutivo (por ej. dejar solo a un niño de cinco meses) y no serlo tanto o incluso adecuado en otros períodos evolutivos (por ej. castigar a un niño de diez años dejándolo solo

un cierto tiempo). Al definir una acción u omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad y/o madurez del niño.

2. *Presencia de factores de vulnerabilidad del niño*. Un mismo comportamiento parental puede no ser dañino para un niño sano, mientras que en otro niño (con enfermedades físicas, crónicas severas, retraso mental, etc.) puede ser considerado como maltratante o negligente.

3. *Existencia de daño real o de daño potencial*. Si se define el maltrato infantil en relación a sus “consecuencias” se puede suponer que se refiere a los daños o lesiones detectables, pero muchos comportamientos parentales no tienen consecuencias observables o negativas a corto plazo.

Las lesiones físicas severas sólo aparecen en el 3 por 100 de todos los casos en los que el niño recibe agresiones físicas y en un 72 por 100 de los mismos no hay evidencia de las mismas (Mash y Wolfe, 1991). En muchos casos de maltrato físico, la conducta descontrolada del padre maltratante puede no tener consecuencias severas porque el golpe no ha impactado en zonas vitales, pero en otras ocasiones únicamente dependerá del azar el que ese mismo golpe afecte a zonas de relevancia orgánica.

No obstante, es importante tener en cuenta que las consecuencias físicas de cualquiera de los tipos de maltrato no suelen ser las más graves y que las consecuencias en el desarrollo del niño a medio y largo plazo se deben considerar.

Por ello muchas definiciones incluyen el *daño potencial* como criterio para delimitar lo que es considerado como maltrato. Incluir este criterio implica establecer una predicción de que en el futuro los comportamientos parentales serán dañinos en un determinado nivel de severidad.

Tomar en cuenta la “intencionalidad” de la conducta de maltrato puede ser un factor importante que ayude a determinar el riesgo de que tal situación se repita y su posible gravedad. No obstante, la intencionalidad resulta más útil en los casos de maltrato físico y abuso sexual que en los casos de negligencia física. Por ej. la falta de atención que un niño recibe puede deberse a problemas psicopatológicos de los padres (por ej. trastorno depresivo) por lo que en estos casos difícilmente se puede considerar que el maltrato o la negligencia se realicen de forma intencionada, ya que el cuadro depresivo “justifica” la situación del inadecuado cumplimiento del rol parental. Cabe aclarar que esto no significa que el caso deje de ser considerado como maltrato infantil desde el punto de vista del niño (Arruabarrena, 2001).

Al revisar las diferentes bibliografías, es posible encontrar muchas definiciones respecto al maltrato infantil. A continuación se mencionan algunas de las definiciones más relevantes.

Marcovich (1978) define el maltrato infantil como toda conducta, que por acción u omisión, produzca daño físico y/o psíquico en un niño, afectando de esta manera el desarrollo de su personalidad. Esta conducta es intencional y reiterada. El maltrato se produce cuando la salud física, emocional o la seguridad del niño están en peligro por acciones o negligencia de las personas dedicadas a su cuidado.

Lago (citado en Klinkert, 2002) considera el maltrato infantil como toda aquella situación en que incurra una persona consciente de sus actos, por acción u omisión, que atente contra la integridad o altere el normal crecimiento y desarrollo de un niño, en detrimento del desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales, sociales y espirituales, afectando sus relaciones y desempeño con los miembros de la sociedad.

Muñoz (2005) considera el maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente no accidental que priva al niño de sus derechos y bienestar que amenazan o interfieren su desarrollo físico, psíquico y/o social cuyos responsables pueden ser personas, asociaciones o la propia sociedad.

La OMS por su parte considera el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o integridad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Por lo tanto podríamos decir que maltratar a un niño es no satisfacer sus *necesidades* adecuadamente, no ofreciéndoles las condiciones básicas que garanticen su bienestar y posibiliten su desarrollo óptimo de acuerdo a su etapa evolutiva.

Leventhal (citado en Morales, 1997) menciona una lista de riesgos que son importantes observar y recoger en la consulta para identificar factores de riesgo en las familias, las cuales se mencionan a continuación:

- La conducta del niño
- El comportamiento de los padres
- La exploración clínica
- La historia social (dinámica familiar, composición familiar, situación laboral, etc.)
- No acudir a las citas concertadas
- Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios
- Cambios frecuentes de médicos
- Imposibilidad de recabar datos en la vida familiar en la entrevista clínica

TIPOLOGÍA

Maltrato físico

De Paul (1996) define el *maltrato físico* como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. En casos extremos pueden inclusive causar la muerte.

Arruabarrena (2001) menciona algunos indicadores de tipo físico que suelen ser consecuencia del maltrato físico:

- Magulladuras o moretones en diferentes partes del cuerpo.
- Heridas o raspaduras.
- Quemaduras realizadas con cigarrillos, agua caliente u objetos concretos.
- Fracturas, torceduras o dislocaciones.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas, asfixia y ahogamiento.

Como se comentó anteriormente, en la mayoría de las ocasiones no aparecen este tipo de lesiones o señales externas, por lo que para identificar la presencia de maltrato físico habrá de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos:

- a) En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de, como mínimo, uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son “normales” en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características.
- b) No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguno de los tipos de lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores.
- c) No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores *utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor*. Y para que estos dos tipos de acciones sean calificadas como maltrato físico, deberán estar presentes los siguientes factores:
 - La intensidad de la reacción del padre/madre no se corresponde con la seriedad de la acción del niño o con la ausencia de acción del menor. O la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad o nivel de desarrollo.
 - Parece que el padre/madre no controló su reacción cesando el castigo.
 - El niño presenta una reacción de tensión no justificada.

Existe una serie de características que pueden resultar clarificadoras en los casos de maltrato físico:

- ⊗ Casos en los que las agresiones son de tipo disciplinario y premeditado y tienen la intención de “educar” al niño por métodos que el padre/madre consideran adecuados.
- ⊗ Casos donde las agresiones se dirigen a un niño no querido ni deseado y son la expresión del rechazo y el desprecio hacia él.
- ⊗ Casos en los que las agresiones son realizadas con características patentes de sadismo y perversión y que tratan de satisfacer dichos impulsos.
- ⊗ Casos en los que las agresiones son fruto del descontrol del padre/madre, que puede estar sufriendo una excesiva presión ambiental para su tolerancia. Se suele tratar de descargas emocionales impulsivas que no tienen intención real de producir daño.

Algunas de las consecuencias del maltrato infantil son: depresión, baja autoestima, agresividad, desesperanza, escasas habilidades de afrontamiento, dificultades en el control de impulsos y regulación emocional y pobre desempeño académico. También tienden a incorporar un modelo negativo de representación interna de las figuras de apego, lo cual puede afectar el desarrollo del sentido de sí mismo y las relaciones con otros, escasa socialización y déficit en sus habilidades sociales (Cicchetti y Barnett, 1991; Cichetti y Lynch, 1993; Cichetti y Rosch, 1997; Darwish, Esquivel, Houtz y Alfonso, 2001; Dubowitz et al., 2005 en Morelato, 2011).

Martin (1980) y Gutierrez y Musitu (1986) (citados en Fuster, 1988) concluyeron que las víctimas de maltrato expresan bajos niveles intelectuales, mayor pobreza lingüística, menor competencia académica, mayores problemas de disciplina y menor ajuste escolar.

Kinard (1980) señala que los niños maltratados expresan problemas en cinco áreas del desarrollo emocional: menor autoestima, conductas agresivas, desconfianza hacia las personas, pobre integración en el grupo de iguales y problemas de autoidentidad.

Finalmente, a pesar de que la literatura indica que los menores presentan alto riesgo de generar psicopatología y conductas problema a lo largo de su vida, existen otros niños que logran una buena adaptación a los diferentes contextos interpersonales en los que interactúan, afrontando con buen pronóstico de evolución las situaciones estresantes.

Abandono o negligencia física/cognitiva

Se define como toda situación en la que las necesidades físicas y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por su(s) cuidador(es). Estas necesidades básicas hacen referencia a la alimentación, higiene, protección y vigilancia, cuidados médicos, condiciones higiénicas y seguridad en el hogar y aspectos educativos que no son atendidos por los adultos responsables, disponiendo o teniendo acceso a los medios necesarios (De Paul, 1996).

Como se puede observar la definición se centra en las *necesidades del niño* que no son cubiertas y no tanto en los posibles comportamientos de los padres. Algunos indicadores que pueden aparecer en el niño son los siguientes:

1. Alimentación. No se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
2. Vestido. Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío.
3. Higiene. Constantemente sucio, escasa higiene corporal.
4. Cuidado médicos. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios.
5. Supervisión. Un niño que pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres o cuidadores del niño.
6. Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del menor.
7. Área educativa. Inasistencia injustificada y repetida a la escuela.
8. Estimulación cognitiva. Ausencia de estimulación suficiente para la edad, demandas y necesidades del niño.

Para señalar la existencia de un caso de negligencia tendría que estar determinado en gran medida por su *cronicidad*, es decir, deberá de presentarse alguno de los indicadores de manera “*reiterada y continua*”.

Generalmente lo que provoca el no satisfacer las necesidades del menor es siempre una *omisión* de ciertos comportamientos por parte de los responsables de su bienestar.

Muchos casos de niños cuyas necesidades básicas no son satisfechas pasarían o no a ser considerados como casos de negligencia en función de la precisión con la que se establezca la *responsabilidad* de cuidado de los niños. Por ej. la mayoría de los niños que viven en situaciones de pobreza extrema y cuyos padres no tienen posibilidad de satisfacer sus propias necesidades ni las de sus hijos, no serían considerados como niños maltratados.

Sin embargo, si consideramos que algunos grupos marginados por la pobreza que no tienen posibilidades reales de satisfacer *sus* propias necesidades mínimas, por lo tanto, tampoco serán capaces

de satisfacer las necesidades básicas de sus hijos. Desde este punto de vista la negligencia “*ocurre cuando las necesidades básicas de los niños no son satisfechas, independientemente de la causa*” (Dubowitz y cols., 1993). En este caso se evita basar la definición en quién o quiénes son responsables del niño y sus necesidades, ya que se supone que el *efecto en el niño es el mismo* y no hace falta tener en cuenta la causa.

Maltrato y abandono emocional

Garbarino (citado en De Paul y Arruabarrena, 1996) hace una diferencia entre maltrato y abandono emocional. El *maltrato emocional* tiene que ver con la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono, y bloqueo constante de las iniciativas de interacción infantiles por parte de las personas responsables de su cuidado o de cualquier adulto de su grupo familiar.

El *abandono emocional* se define como la “falta persistente” de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura estable.

Garbarino (citado en De Paul y Arruabarrena, 1996) menciona una serie de conductas consideradas como *maltrato emocional*, las cuales comprenden las siguientes:

1. *Rechazo*. Implica actos verbales o no verbales de los padres que rechazan o degradan al niño. Incluye:
 - Despreciar, degradar y otras formas no físicas de relación hostil o rechazante.
 - Avergonzar y/o ridiculizar al niño por mostrar emociones normales, tales como afecto, dolor o tristeza.
 - Humillación pública.
 - Escoger siempre a un niño para criticarle y castigarle, para hacer la mayoría de las tareas domésticas o para recibir menos premios.
2. *Aterrorizar*. Amenazar al niño con un castigo extremo o vago pero siniestro, o amenazarle con abandonarlo o matarlo, con el propósito de crear un intenso miedo. O colocar al niño o a personas u objetos queridas por el niño, en situaciones evidentemente peligrosas. Incluye:
 - Colocar al niño en circunstancias impredecibles o caóticas o claramente peligrosas.
 - Establecer en el niño expectativas rígidas o no realistas, con la amenaza de pérdida, daño o peligro si esas expectativas no se alcanzan.
 - Amenazar o cometer violencia contra el niño o contra personas u objetos queridos por el niño.
3. *Aislamiento*. Negar permanentemente al niño las oportunidades para interactuar y comunicarse con otros niños o adultos, dentro o fuera del hogar. Incluye:
 - Confinar al niño o poner limitaciones no razonables sobre su libertad de movimiento en su entorno.
 - Poner limitaciones o restricciones no razonables al niño respecto a las interacciones sociales con otros niños o con adultos en la comunidad.
4. *Violencia doméstica extrema y/o crónica*. Se producen de manera permanente situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño.

El *abandono emocional* comprende las siguientes conductas:

1. *Ignorar*. Los padres ignoran los intentos y necesidades del niño de interactuar (ausencia de expresión de afecto, cuidado y amor hacia el niño) y no reflejan ninguna emoción en las interacciones con él. Incluye:
 - Tener desapego y falta total de implicación respecto al niño, ya sea por incapacidad o por falta de motivación.
 - Interactuar sólo cuando es absolutamente necesario.
 - Ausencia total de expresiones de afecto, cuidado y amor hacia el niño.
2. *Rechazo de atención psicológica*. Se refiere al rechazo de los padres por iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual severo del niño, existiendo acceso al recurso de tratamiento y que ha sido señalado como necesario por un experto.
3. *Retraso en la atención psicológica*. Los padres no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante circunstancias extremas en las que es evidente la necesidad de ayuda profesional, por ej. depresión severa, intento de suicidio, etc.

Cabe señalar que en cualquiera de los tipos de conducta expuestos, la presencia de maltrato o abandono emocional sólo se señalará si se dan los siguientes dos requisitos de manera simultánea:

- a) Su presencia es claramente perceptible.
- b) Las conductas de daño emocional se sitúan en el extremo de mayor gravedad, es decir, las conductas son constantes y su intensidad elevada, han provocado o pueden provocar un daño severo en la situación emocional del niño, su desarrollo se encuentra seriamente comprometido y el niño requiere tratamiento especializado inmediato.

Abuso sexual

Se considera cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Así, el niño se ve involucrado en actos sexuales que, por su etapa de desarrollo no es capaz de evaluar y comprender en sus contenidos y consecuencias. Se podrá expresar en cuatro tipos de categorías (Arruabarrena, 2001).

1. *Incesto*. Si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.
2. *Violación*. Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.
3. *Vejação sexual*. Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.

4. *Abuso sexual sin contacto físico.* Se incluirán los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.

Además de la existencia de contactos de carácter sexual, el abuso sexual se define en función de otros criterios como son:

- a) La *asimetría de edad* entre el abusador y la víctima, requiriéndose que el adulto abusador tenga determinados años más que el menor (entre cinco y diez años más).
- b) La *coerción*, es decir, la utilización de la fuerza física, la presión o el engaño por parte del adulto para conseguir abusar de su víctima.
- c) La *asimetría de poder* entre el abusador y la víctima. Esta asimetría puede derivar de la asimetría de roles, la diferencia de edad, de fuerza física, de capacidad psicológica, etc.

A continuación se muestra una tabla de las tipologías de malos tratos.

	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

Figura 1. Tipologías de malos tratos

Fuente: Arruabarrena y De Paul (2001). Maltrato a los niños en la familia. Madrid: Pirámide.

Es frecuente que se den casos en los que aparezcan simultáneamente el maltrato y el abandono físico, o el maltrato físico y el abuso sexual, el maltrato físico y el maltrato emocional, pues existe un alto índice de comorbilidad de los diferentes tipos de maltrato, que hace que sean menos frecuentes los casos puros (Belsky, 1993). Por lo tanto, sería conveniente construir taxonomías de situaciones de maltrato en las que aparezcan diferentes combinaciones de las diferentes tipologías

Soriano (2005) menciona otra clasificación del maltrato infantil:

Maltrato prenatal que es definido como aquellas conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.

Síndrome de Münchausen por poderes: En este tipo de maltrato los padres, generalmente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que los lleva a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones también pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. Esta conducta de los padres tiene como propósito, entre otros, asumir el papel de paciente a través de otra persona. Dentro de sus motivaciones de los padres está el provocar la atención y apoyo por parte del personal médico. El progenitor implicado

busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. La relación del padre/madre y el niño afectado es patológica.

Por otro lado, es importante mencionar que existen muchas situaciones más de maltrato infantil y que no son descritas en las clasificaciones de maltrato, como son: niños víctimas del terrorismo, de la guerra, niños de y en la calle, pornografía infantil, explotación comercial, sobreprotección, etc.

ETIOLOGÍA

Durante mucho tiempo, los psicólogos e investigadores han centrado su atención en la *patología* del ser humano y no se le había dado cabida a los factores que favorecían el *bienestar*, pues una persona con problemas (por ej. con depresión, delincuencia, etc.) es más “*visible*” que una persona “*normal*”.

Arruabarrena (2001) menciona que para afrontar con rigor el conjunto del problema del maltrato infantil se requiere un conocimiento de las causas que *provocan, mantienen y favorecen* cada una de las situaciones de malos tratos en la infancia. Sin embargo, existen algunas limitaciones metodológicas en el diseño y procedimiento de las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha y que se siguen realizando en la actualidad.

La primera limitación tiene que ver con la dificultad para encontrar estudios de tipo *longitudinal*, pues hay mayor predominio por los estudios de tipo *retrospectivo*. Esto quiere decir que para conocer los supuestos aspectos personales, familiares o sociales que han “precedido, provocado, mantenido o disparado” el maltrato físico, éstos se han evaluado en sujetos o familias en quienes se ha “*detectado, denunciado y comprobado*” la existencia de incidentes de maltrato. Por lo que si exploramos su pasado descubriremos que muy probablemente estas personas ha vivido en el seno de una familia violenta, y de ahí surge la idea de que el maltrato se transmite de generación en generación.

Hacer uso del método retrospectivo es una limitante y un grave error pues al hacerlo se eliminan de las estadísticas todos aquellos que logran salir de sus problemas a pesar de haber vivido en un contexto difícil.

Para evitar este error se tendría que usar una metodología llamada “*prospectiva*” o “*longitudinal*”, que consiste en seguir a intervalos más o menos regulares una población específica, en este caso de chicos maltratados. El estudio de Werner (1992) descrito anteriormente, es precisamente un estudio científico longitudinal, el que hizo conocer precisamente la resiliencia.

Boira (citado en Puig y Rubio, 2011) realizó un estudio sobre hombres maltratadores y llegó a la conclusión de que no existe un perfil único de hombre maltratador, pues el 54% de los hombres que maltrataban no tuvieron una infancia marcada por la violencia familiar, por lo cual no necesariamente se cumple la teoría de que la mayoría de hombres agresivos han sido testigos o víctimas de maltrato.

Desafortunadamente estos estudios son mucho más largos para hacer y por lo tanto más costosos y menos frecuentes. Pero cuando se ha puesto en práctica, este método ha revelado que solamente una pequeña proporción de chicos en riesgo se transforman en delincuentes y/o maltratadores (aunque aun así esta proporción es más elevada que en otros niños).

Con el método retrospectivo se producen importantes dificultades para interpretar el sentido y significado de los resultados de las investigaciones. Por ejemplo, se dice que los niños que han sufrido de maltrato físico presentan un comportamiento más difícil de controlar o tienden a ser más hiperactivos. Por lo que difícilmente se puede conocer en un estudio “retrospectivo” si tales problemas de comportamiento son “*antecedentes*” del maltrato o son “*consecuencia*” del mismo. Otro ejemplo es que se dice que las madres maltratadoras presentan síntomas depresivos, baja autoestima, problemas de adicción, etc. por lo que si todo ello se ha obtenido por la información que dan las madres tras un

proceso por el que han sido detectadas, denunciadas y confirmadas como maltratantes, es difícil interpretar si tales características son realmente factores “etiológicos” del maltrato o si son “consecuencia” del maltrato.

La segunda limitación es el *sesgo muestral* derivado del estudio de casos detectados de maltrato infantil, pues es prácticamente imposible trabajar otros casos que no sean los que provienen de los propios servicios de protección infantil y éstos no representan más que una porción limitada (25-30%) de todos los casos existentes de maltrato infantil, lo cual es arriesgado realizar generalizaciones.

La tercera limitación es que existe escasa *delimitación* de las diferentes formas del maltrato infantil y confusión de *tipologías*, considerando por ejemplo que en la literatura internacional sobre el maltrato infantil se encuentran investigaciones que se refieren al maltrato infantil pero delimitando a qué *tipo* de maltrato se refiere (por ej. físico, emocional, sexual, etc.).

Todo esto nos lleva a pensar que las causas por las que una persona pierde el control sobre sus impulsos agresivos no necesariamente tiene que coincidir con las causas por las que una persona no alimenta o viste adecuadamente a sus hijos, considerando que ambos son diferentes tipos de maltrato infantil. Aunque pueden existir factores que muestran una cierta *coincidencia* para ambas situaciones (alcoholismo, retraso mental), pero los mecanismos concretos por los que se produce cada una de esas situaciones de maltrato no tienen por qué ser los mismos.

Etiología del maltrato físico

Azar (1991) plantea varias formas de conceptualizar el maltrato físico:

1. Como un acto más dentro de los *comportamientos agresivos*.
2. Como un problema relacionado con las estrategias de *resolución de conflictos*.
3. Como una expresión de los problemas en las *relaciones interpersonales* (familia).
4. Como una forma exagerada de aplicar el *castigo* físico en la *educación*.
5. Como una mera conducta *aberrante o patológica* (trastornos psiquiátricos).

Considerando los puntos anteriores, Azar (1991) elaboró diferentes planteamientos explicativos que servirían incluso como estrategias de recuperación de los sujetos maltratadores físicos, los cuales se mencionan a continuación:

- a) Al partir de la idea de que los sujetos maltratadores físicos sufren de un determinado *defecto*, esto podría ser explicado desde una perspectiva psicobiológica, neuropsicológica o psiquiátrica. Y partiendo desde este punto, se podría pensar que entonces estos sujetos “nacieron” con (o desarrollaron) una determinada alteración o defecto que les impide enfrentarse a las tareas de educación y relación con los hijos de una manera adaptativa.
- b) Los sujetos maltratadores sufren de una *deficiencia*, en la medida en que no disponen de una determinada forma de funcionamiento o no han aprendido (porque no han observado, por ejemplo) una determinada forma de resolver los problemas. Esta deficiencia que les impide utilizar otro tipo de estrategias y que favorece el maltrato podría ser corregido, ya que el sujeto podría ser *educado* en la utilización de estrategias adecuadas para resolver problemas.

- c) El maltratador físico ha estado limitado por una determinada *disrupción* ocurrida en su ambiente familiar o social, es decir, el sujeto maltratador sufrió la influencia de determinados factores externos que no fue capaz de superar y que interfirieron en sus capacidades para desarrollar adecuadamente su rol parental hasta producirse las situaciones de maltrato físico.

Factores de riesgo asociados con el maltrato físico infantil

1. Historia del maltrato físico infantil

Una de las variables a la que se ha asignado un mayor peso explicativo en la aparición del maltrato físico se centra en la propia experiencia del padre/madre maltratador como víctima de maltrato físico en su propia infancia, es decir, la *transmisión intergeneracional* del maltrato físico.

Desde la teoría del apego (Bowlby, 1983) se menciona que las experiencias infantiles de maltrato constituirán una predisposición a que la relación con los propios hijos se establezca sobre la base de la relación con la imagen de sí mismo como niño (*modelos internos de funcionamiento*).

Desde el aprendizaje social se dice que la ausencia de habilidades aprendidas para el manejo de las conductas de los niños y de la utilización del castigo físico como exponente de la única estrategia aprendida (Wolfe, 1985).

Ambos tipos de explicaciones se basan en una aceptación de la transmisión intergeneracional o de la repetición del ciclo de los malos tratos que, en los últimos años, ha empezado a ser cuestionada. La mayoría de las investigaciones confirman el hecho de que los padres maltratantes han sido maltratados en su infancia, sin embargo, no se ha dado acceso a *todos* los padres que han sido maltratados en su infancia y que *cuidan* adecuadamente a sus hijos, por lo que este importante sesgo produce una sobreestimación de las tasas de transmisión intergeneracional.

Por lo tanto, el maltrato físico sufrido por los padres no se considera un factor de riesgo importante ni tendría relevancia causal en la explicación del maltrato, simplemente se trataría de un *marcador*, es decir, en el sentido de que aparece y se detecta en los casos en que se da el maltrato infantil pues se encuentra asociado a la existencia de otros factores reales de riesgo y que son lo que ejercerían su influencia casual.

Esto nos llevaría a preguntar: ¿Qué es lo que diferencia a los sujetos con historia de maltrato que reproducen el problema de los que no lo hacen? ¿Existen factores que eviten la repetición del maltrato?

a) Hunter y Kilstrom (citados en Arruabarrena, 2001) mencionan algunos:

- Se oponen más abiertamente a su experiencia de maltrato
- Han sido objeto de maltrato por parte de uno solo de sus padres y manifiestan haber tenido una relación positiva durante su infancia con uno de los padres.
- Más apoyo social actual.
- Menos sentimientos ambivalentes hacia el embarazo.
- Niños físicamente más sanos.

b) Egeland, Jacobitz y Sroufe (citados en Arruabarrena, 2001) identificaron los siguientes:

- Oposición al hecho de haber sido objeto de maltrato y conciencia clara de no desear repetir dicho comportamiento.
- Disponibilidad de una figura adulta con relación positiva en la infancia.
- Relación positiva de pareja.
- Haber recibido ayuda terapéutica profesional.
- Buen nivel de bienestar psicológico actual.
- Menor nivel actual de estrés.

2. Ausencia de apoyo social

Se ha encontrado que los padres maltratadores poseen una *red deficitaria de apoyo social*. Por *apoyo social* se entiende el grado en que las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, identidad, pertenencia y seguridad) de una persona son gratificadas a través de la interacción con otras personas, ya sea con la ayuda emocional o material. Por otro lado, también se ha encontrado que la ausencia de apoyo social constituye un importante factor de riesgo para multitud de problemas “psicológicos y somáticos” (Arruabarrena, 2001).

Para analizar el apoyo social que un sujeto recibe se deben tener en cuenta tres aspectos:

- a) La integración en la comunidad en la que vive el sujeto, es decir, el contacto que tiene con amigos y familiares, el ser miembro de asociaciones, organizaciones formales o informales, etc. La capacidad de aportar sentimientos de pertenencia y afiliación, de proporcionar distracción, consejos y ayudas materiales de estos contactos sociales.
- b) La existencia de relaciones estrechas e íntimas constituye una fuente imprescindible de amortiguación de las situaciones estresantes que pueden acontecer a cualquier sujeto.
- c) El tamaño, la densidad y la estructura de las relaciones sociales, así como también se debe tener en cuenta la similitud entre el sujeto y su red social, la frecuencia de los contactos, la proximidad geográfica, la duración y la intensidad de los contactos, etc.

Se suele afirmar que una cuestión esencial en el maltrato físico es la incapacidad para manejar las situaciones estresantes. Esta incapacidad tendría una posible explicación en la inadecuación entre el nivel de estrés experimentado y la calidad de la red de soporte social informal del sujeto (Garbarino, citado en Arruabarrena, 2001).

Salzinger y cols. (1983) observaron que las madres maltratantes se encontraban mucho más aisladas que un grupo de madres no maltratantes, y que tenían menos relación con amigos e inclusive con sus propios familiares.

3. Mayor frecuencia de familias monoparentales

Sack y cols. (1985) encontraron un estudio en que el riesgo de maltrato físico se duplica en las familias monoparentales y aumenta en aquellas en que la razón de la separación es el divorcio de los padres. La ausencia de pareja dificulta la capacidad del sujeto para enfrentarse adecuadamente a las situaciones estresantes. Además, la ausencia de pareja en madres con varios hijos constituye casi siempre una

importante fuente de estrés asociada a problemas de tipo económico, laboral, control adecuado de la conducta de los hijos, etc.

4. Presencia de una figura paterna masculina sin relación biológica

El maltrato físico se produce de manera excesivamente frecuente en aquellas familias en que la madre y los hijos conviven con un varón que no es el padre de estos. Estas situaciones están sobrerrepresentadas especialmente en aquellos casos de maltrato físico extremo y grave (Krugman, 1985).

Algunas explicaciones pueden ser las siguientes:

- a) La ausencia de legitimación del estatus del padre del compañero de la madre puede dificultar la relación y el establecimiento de unos patrones de disciplina normalizados.
- b) La competencia entre los dos subsistemas que aparecen en estas familias (madre/compañero y madre/hijos) puede llegar a ser extremadamente conflictiva. Incluso muchos niños pueden no sólo percibir al compañero de la madre como rival en relación a la atención de la madre, sino como rival del padre biológico.
- c) Ausencia de ciertos mecanismos motivacionales de la conducta parental relacionados con la similitud genética entre padres e hijos.

5. Alteraciones psicopatológicas en los padres maltratantes

Arruabarrena (2001) encontró algunas alteraciones psicopatológicas, las cuales se mencionan a continuación:

- a) Alcoholismo y toxicomanías. La presencia de alcoholismo y otro tipo de toxicomanías presenta mayor riesgo en los sujetos maltratadores físicos. Esto ha sido señalado en diferentes investigaciones.
- b) Alteraciones psicológicas. No se puede afirmar que más de un 10% de los casos de maltrato físico se produzcan por parte de personas con alguna patología psíquica diagnosticable. Sin embargo, parece que un cierto nivel de malestar psicológico generalizado es frecuente en los sujetos con problemas de maltrato físico a sus hijos, lo que no implica afirmar que todas las personas con malestar psicológico vayan a ser maltratantes.
- c) Baja autoestima. Parece haberse encontrado una cierta relación entre la infelicidad, el sentimiento de inadecuación y la baja autoestima con el riesgo de maltrato físico. Es posible que el rechazo y la hostilidad experimentados por algunos padres maltratantes en su propia infancia o la ausencia de cuidados adecuados propicien estos déficit en la valoración de sí mismos. Parece frecuente también que en los padres/madres maltratantes se encuentren sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal, lo que puede colaborar a reducir sus posibilidades de hacer frente a las situaciones de crisis de manera eficaz.

6. Hiperreactividad fisiológica

Los maltratadores físicos, al igual que otro tipo de agresores o sujetos violentos, tendrían cierto déficit que provocarían una hiperreactividad fisiológica ante determinados estímulos o situaciones. Se encontró por ejemplo que los maltratadores físicos experimentaban una mayor activación fisiológica cuando se enfrentaban a estímulos infantiles estresantes como, por ejemplo, el llanto de un niño.

También se ha observado que los sujetos con riesgo de maltrato físico presentan una mayor y más prolongada activación del sistema simpático ante estímulos estresantes no relacionados con los niños, por ej. ante tareas frustrantes, estímulos estresantes auditivos, visuales, estímulos en los que el sujeto percibe como de muy difícil resolución, etc. Esta mayor activación fisiológica ante determinadas situaciones aumentaría el riesgo de reacciones agresivas (McCanne y Milner, 1991 citado en Arruabarrena, 2001).

7. Déficit neuropsicológicos

Tomando como referencia los modelos generales sobre la agresión humana (Berkowitz, 1990), es posible hipotetizar que ciertos déficit neuropsicológicos relacionados con problemas en el procesamiento cognitivo pueden determinar si se produce la agresión, cuándo y hacia quién. Estas alteraciones cognitivas se concretarían en dificultades para el razonamiento abstracto y para entender la conducta del niño y generar estrategias adecuadas de manejo de su conducta. Se ha sugerido también que sujetos con una disfunción cerebral mínima pudieran tener dificultades para resolver los problemas familiares y una mayor tendencia a experimentar frustración y cólera provocadas por su limitado vocabulario, su lentitud de pensamiento y su ineficacia comunicativa.

Etiología del abandono físico

Moreno (2002) hace una recopilación de los diferentes modelos que intentan explicar las causas del abandono físico o negligencia infantil. El *modelo sociológico* considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económicas o de situaciones de aislamiento social; el *modelo cognitivo* que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores en relación a los menores a su cargo; el *modelo psiquiátrico* considera el abandono físico como consecuencia de la existencia de psicopatología paterna; el *modelo del procesamiento de la información* plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil y el *modelo de afrontamiento del estrés* hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias.

Bauer y Twentyman (1985) encontraron que los padres negligentes no manifiestan el mismo tipo de reacción de irritación ante estímulos estresantes (relacionados o no con los niños) sin embargo, parecen tener una menor capacidad de interacción social, desarrollan menos conductas prosociales, ignoran con más frecuencia la conducta del niño, tienen menos habilidades de cuidado de los niños, desconocen sus necesidades, etc. Por lo que se ha establecido la hipótesis de un *síndrome de apatía* o de esencial falta de motivación que se traduce en el rechazo a satisfacer las necesidades de la familia, la inadecuada supervisión de los niños, la ausencia de cuidados médicos, etc. En estos casos, aunque el niño actúe, no participa en la interacción y, haga lo que haga, no estimula ni motiva ningún tipo de comportamiento en los padres.

Las madres negligentes presentan distorsiones cognitivas similares a las de las maltratadoras físicas, pero mucho menos intensas, que se focalizan en una percepción negativa del niño y en atribuciones internas y estables de sus comportamientos negativos. En el caso de las madres maltratadoras físicas estas atribuciones están condicionadas por el tipo de comportamiento del niño, pero en el caso de las madres negligentes se trata de atribuciones y distorsiones más crónicas que provocan un *único patrón de respuesta* independientemente del comportamiento del niño, es decir, el que los hijos se comporten de manera positiva o negativa, con éxito o fracaso, no afecta a las atribuciones que los padres hagan de tales conductas.

La manera de responder de los padres negligentes ante los problemas, no es con agresión o irritabilidad como en el caso de las madres maltratadoras físicas, sino que tienden a *evitarlos*.

Se ha argumentado que en los casos de abandono es más importante el grado de psicopatología parental, sin embargo, solo se ha encontrado confirmación en cuanto se refiere a la presencia de retraso mental y no en cuanto a la presencia y gravedad de otro tipo de síntomas psicopatológicos. Ahora, si bien es cierto que muchas madres negligentes tienen una capacidad intelectual limitada, no se puede generalizar y pensar que todas las madres con retraso mental son negligentes.

Polansky y cols. (1972) describió las diferentes tipologías psicológicas de madres negligentes:

- a) Madre apática
- b) Madre inmadura
- c) Madre con retraso mental
- d) Madre con depresión reactiva
- e) Madre psicótica

Todas ellas por razones diferentes, estarían incapacitadas para desempeñar el rol parental y por lo tanto fracasarían en satisfacer las necesidades básicas de sus hijos. Sin embargo, estos autores se centran en el estudio de las madres y no de los padres. Esto podría ser explicado desde el supuesto de que el abandono físico se produce, en la mayoría de los casos, cuando la madre deja de ocuparse del cuidado de los hijos, ya que los padres en raras ocasiones son los que asumen la responsabilidad total de dicho cuidado.

Por otro lado, las madres negligentes perciben el ambiente como menos amistoso, no se sienten emocionalmente apoyadas y están solas.

El tratamiento de los sujetos negligentes se ha centrado en la enseñanza de habilidades parentales y conductas apropiadas, así como en proporcionar los recursos económicos necesarios para hacer frente a sus necesidades, sin embargo, la evidencia señala que los resultados de las intervenciones clínicas no son favorables en estos casos de negligencia física, por lo que Crittenden (1993 citado en Arruabarrena, 2001) se ha dado a la tarea de estudiar los modelos de procesamiento de la información en la etiología del abandono físico.

Este autor menciona que el abandono físico puede producirse por errores o alteraciones en cada una de las fases del procesamiento de la información, lo cual daría como resultado diferentes tipologías de negligencia:

1. Un tipo de negligencia sería resultante de un proceso más o menos estable de *“exclusión perceptiva”* que es propio de sujetos con tendencias depresivas, introversión excesiva e incluso retraso mental. En estos casos los padres pueden fracasar en darse cuenta de las señales y

necesidades del niño. Por ej. señales de comunicación (el llanto del niño) o señales contextuales (frío, el tiempo que lleva el niño sin comer, etc.) a las que algunos padres con este tipo de procesamiento no son capaces de responder.

2. Otro tipo de negligencia puede resultar de una *interpretación inadecuada* de las conductas, señales o necesidades del niño. Esto puede ocurrir cuando dichas señales no son consideradas significativas o relevantes o que, incluso siendo consideradas como tales, los padres no consideran necesario o apropiado responder, ya sea porque sobreestiman la capacidad de los niños de cuidar de sí mismos o por creencias erróneas sobre las formas adecuadas de cuidar a los niños.
3. Los padres pueden percibir e interpretar adecuadamente una señal o necesidad del niño, sin embargo, pueden *creer que ninguna respuesta es eficaz* para satisfacer dicha necesidad o puede ser que *no posean en su repertorio ninguna conducta para resolverlo*. Esto puede ser debido a la poca experiencia que tienen en el cuidado de los niños o por no haber tenido modelos en los que aprendieran respuestas adecuadas. Por lo que la creencia en la propia ineficacia y la falta de experiencia de haber resuelto otro tipo de problemas puede generar en algunos sujetos una situación similar a la de la *indefensión aprendida*.
4. Algunos padres pueden *fracasar en la puesta en marcha de la respuesta*, a pesar de conocer lo que deben hacer para satisfacer las necesidades del niño. En ciertos ambientes caóticos, conflictivos o hacinados se pueden producir muchas interferencias que impiden poner en marcha respuestas adecuadas a las demandas de los niños. Puede ser que los padres sean incapaces de responder a las necesidades de los niños por dar prioridad a la resolución de sus demandas personales u otro tipo de problemas que consideran más urgentes y relevantes que las necesidades de los niños.

Crittenden menciona que no es que los padres negligentes se comporten de manera diferente, sino que *experimentan e interpretan la realidad de manera diferente*, por lo que esto los lleva a seleccionar diferentes respuestas desde diferentes repertorios y ponen en marcha tales respuestas bajo diferentes condiciones.

Etiología del abuso sexual

Las características de los abusadores sexuales han sido estudiadas en una serie de investigaciones que hasta el momento no han presentado *suficientes evidencias* de carácter específico. El haber crecido en un ambiente infantil no protector, de abandono, maltrato físico y abuso sexual parece ser una característica en algunos abusadores sexuales. Por otro lado, también se ha argumentado que los abusadores sexuales son personas introvertidas, solitarias y con falta de apoyo social (Milner, 1990).

Desde el punto de vista familiar se han presentado datos acerca de la existencia de problemas maritales, alejamiento sexual de la pareja, violencia marital y confusión e inversión de roles entre los diferentes miembros de la familia. En los casos de incesto se supone que la raíz del abuso sexual se encuentra en una dinámica distorsionada de funcionamiento familiar. Se suele describir una familia con una madre que se encuentra separada o alejada del padre y que constituye el “tercer ángulo” de la tríada incestuosa, donde el niño/a tiende a reemplazar a la madre como compañera sexual del padre (Crivillé, 1990). Sin embargo, las recientes investigaciones que demuestran que los abusadores sexuales suelen iniciar sus actividades de victimización como adolescentes y que experimentan activación sexual hacia los niños antes de ser padres.

El alcoholismo es otra variable que con frecuencia se cita en los casos de abuso sexual, sin embargo, no se ha podido confirmar y se le ha dado mayor relevancia a la adicción a la cocaína en los casos de abuso sexual (Famularo y cols., 1992).

Finkelhor (citado en Arruabarrena, 2001) menciona que para que se produzca el abuso sexual deben considerarse cuatro factores de manera simultánea o sucesiva:

1. Congruencia emocional
2. Activación sexual por un niño
3. Bloqueo de las relaciones sexuales normales
4. Desinhibición comportamental

El primer factor (*congruencia emocional*) puede ser explicado por la existencia de una importante “*inmadurez*” en los abusadores sexuales que les hace experimentarse a sí mismos como niños, por lo que los lleva a tener necesidades emocionales infantiles y por tanto, deseo de relacionarse con niños. También se argumenta la *baja autoestima* y el *sentido de ineficacia personal* como factores generadores de la búsqueda de relaciones que les proporcionen sentimientos de *poder, omnipotencia y control*.

La *activación sexual con niños* no necesariamente está relacionada con el primer factor (congruencia emocional), pues se supone que puede haber necesidades de relación emocional como las mencionadas pero que no son satisfechas de manera sexual.

Las posibles causas de la activación sexual con niños se basan en las teorías del aprendizaje social en las que se menciona principalmente la experiencia de haber sido víctima de abuso sexual en la infancia. Para comprender este proceso de reproducción de las relaciones sexuales con niños se destaca el condicionamiento clásico y el aprendizaje social por imitación de un modelo que encuentra atrayente sexualmente a los niños. También se ha argumentado que en algunos abusadores sexualmente se puede producir un cierto error atribucional al asignar contenido sexual (en condiciones de deprivación) a cualquier tipo de activación emocional interpersonal, en este caso con los niños, hijos propios o no.

El *bloqueo de las capacidades o posibilidades para satisfacer las necesidades sexuales con adultos* están relacionados con los sentimientos de inutilidad personal, la inadecuación interpersonal que presentan muchos abusadores sexuales y un distanciamiento sexual en sus relaciones de pareja. Existen dos tipos de bloqueo: los evolutivos (de tipo edípico, de inmadurez, etc.) y los situacionales (crisis personales o de pareja).

El cuarto factor, la *desinhibición* sería una condición necesaria para que tales tendencias o impulsos justificados por los tres factores anteriores se produzcan de manera estable o esporádicamente en actos de abuso sexual infantil. Para ello deben superarse tres grandes barreras: los inhibidores internos, externos y la resistencia o no aceptación de la víctima.

Dentro de los factores que permiten la *desinhibición interna* están las adicciones (alcohol, cocaína), la senilidad, el retraso mental, etc. La superación de los *inhibidores externos* se produce de manera más fácil si no se encuentra presente (física o psíquicamente) ninguna persona (madre) que pueda cuidar del niño, si se trata de un padre no biológico de la víctima, la mayor permanencia del abusador y la víctima solo, etc. Finalmente, es preciso que el abusador supere la *resistencia* de la víctima a través de la seducción o de la agresión o amenaza. En este sentido, un niño desprovisto y por tanto, necesitado de apoyo, cariño y compañía estará en situación de mayor riesgo para ser víctima de abuso sexual. A su vez, un niño sin ningún tipo de información sexual puede ser más fácilmente víctima de los engaños y la seducción de un abusador sexual.

Según menciona Soriano (2005) todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, entre las consecuencias más comunes se encuentran:

- Aislamiento social
- Agresividad
- Alcohol (abuso de / dependencia)
- Alimentaria (desórdenes de la conducta)
- Ansiedad
- Aprendizaje (problemas de)
- Atención / concentración (disminución de)
- Autoconcepto / Autoestima (pobre)
- Conducta (cambios de / desórdenes de la / destructiva)
- Cooperación (pobre)
- Culpa (sentimientos de)
- Delincuencia
- Dependencia en las relaciones sociales
- Depresión
- Desobediencia
- Drogas (abuso)
- Emocional (desajustes)
- Escolarización (bajo rendimiento, bajas expectativas escolares, absentismo)
- Estrés postraumático
- Hiperactividad
- Hostilidad
- Humor (cambios de)
- Impulsividad
- Miedo a la relación con las personas / desconfianza
- Socialización (problemas de relación con iguales, de apego, de amistad, de cariño)
- Sueño (alteraciones de)
- Sexualidad (conductas sexuales inapropiadas / agresivas)
- Suicidio (ideaciones, autolesiones)

Sin embargo, no todos los niños maltratados desarrollan desórdenes de la conducta o alteraciones psiquiátricas. Algunos factores que intervienen (de manera directa o indirecta) en la resiliencia tienen que ver con:

- Intensidad, duración y/o frecuencia del maltrato
- Características del niño
- El uso de la violencia física
- Relación más o menos directa con el agresor
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica

Un factor que ha mostrado gran importancia es el relativo a las atribuciones cognitivas (consideraciones subjetivas, perceptivas, para elaborar lo que le ha sucedido) que realiza el niño acerca del abuso sufrido. El proceso de elaboración del suceso y la forma de hacer frente al abuso está íntimamente relacionado con la adaptación al estrés vital (Valle, 2002).

Tabla 1.
Modelo integral del maltrato infantil

	NIVELES ECOLÓGICOS	FACTORES POTENCIADORES	FACTORES COMPENSADORES
	Desarrollo individual de los padres	<ul style="list-style-type: none"> * Historia familiar de abuso * Falta de afectividad en la infancia * Baja autoestima * Pobres habilidades personales 	<ul style="list-style-type: none"> * Experiencia en los cuidados del niño * Habilidad interpersonal * CI elevado * Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia

MEDIO FAMILIAR	Padres	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos físicos / psíquicos - Drogodependencia - Padre / madre solo - Madre joven - Padre / madre no biológico - Desarmonía familiar - Enfermedades / lesiones - Conflictos conyugales - Violencia familiar - Falta de control de impulsos 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación familiar - Satisfacción personal - Escasos sucesos vitales estresantes - Intervenciones terapéuticas en la familia - Ambiente familiar sin exposición a violencia - Armonía marital
	Hijos	<ul style="list-style-type: none"> * Hijos no deseados * Trastorno congénito * Anomalías físicas o psíquicas * Enfermedad crónica * Nacimiento prematuro * Bajo peso al nacer * Ausencia de control prenatal * Trastorno de la conducta del hijo * Proximidad de edad entre hijos * Tamaño de la patria 	<ul style="list-style-type: none"> * Apego materno / paterno al hijo * Satisfacción en el desarrollo del niño
EXOSISTEMA	Sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo nivel social / económico - Desempleo - Insatisfacción laboral 	<ul style="list-style-type: none"> - Condición financiera
	Vecindario	<ul style="list-style-type: none"> * Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> * Apoyo social * Buena experiencia con iguales
MACROSISTEMA	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Alta criminalidad - Baja cobertura de servicios sociales - Alta frecuencia de desempleo - Pobreza de grupo social - Alta movilidad geográfica 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables - Programas sanitarios
	Culturales	<ul style="list-style-type: none"> * Aceptación castigo corporal 	<ul style="list-style-type: none"> * Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

El modelo que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir al abuso, es el *modelo integral del maltrato infantil*, el cual menciona que existen *factores compensadores* (factores protectores) que interactúan según un modelo de afrontamiento, que impiden que los *factores potenciadores* (factores de riesgo de vulnerabilidad) que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensadores podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil (Morales, 1997).

ELEMENTOS QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA EN EL MALTRATO INFANTIL

Factores internos de la resiliencia en el maltrato infantil

a) Importancia de las relaciones primarias: el vínculo de apego

Bolen (citado en Morelato, 2011), vincula el concepto de cohesión familiar con el de apego. Considera que en los primeros años de vida del niño es de suma importancia la presencia de adultos que ejerzan

funciones de *apoyo y calidez* que lo lleven a formar un *apego seguro*. Este vínculo se considera un factor interno debido a que permite la constitución de la representación mental que el niño construye de la figura de apego y de sí mismo.

Los vínculos afectivos, con los cuidadores en primer lugar, pero con algún adulto posteriormente, permitirán a niños y adolescentes desarrollar la capacidad de experimentar confianza y, como consecuencia, consolidar relaciones estables, incluyendo la ambivalencia de sentimientos, aceptando los aspectos positivos y negativos de los otros y de sí (Llobet, 2005).

Se ha observado que los niños maltratados están más predispuestos a desarrollar un *apego inseguro o desorganizado*. Esto está vinculado, especialmente a que las madres abusivas tienen mayor tendencia a presentar representaciones negativas de sus hijos y de sí mismas como madres. También se ha observado que se puede desarrollar un apego inseguro con el cuidador abusivo y mantener un apego seguro con el padre o cuidador no maltratador, lo cual podría estar funcionando como un amortiguador de los efectos de la violencia.

Por otro lado, los bebés que han experimentado cuidados inadecuados o disruptivos pueden llegar a organizar conductas funcionales en torno a sus nuevos cuidadores, es decir, si toman contacto con ellos dentro del primer año y medio de vida. Esto aplica aún en situaciones de alto riesgo para el desarrollo, pues la presencia de un adulto cercano en el entorno familiar hace posible amortiguar las consecuencias del riesgo y desarrollar un apego funcional que permita generar recursos tanto afectivos como cognitivos, los cuales son necesarios para seguir adelante.

b) Aspectos cognitivos

Morelato (2011) menciona que el coeficiente intelectual ha sido explicado por diferentes estudios como relevante para la resiliencia, ya que permite amortiguar moderadamente los resultados negativos que tienden a presentar los niños que han pasado por experiencias de maltrato.

La inteligencia relacionada con los sucesos académicos puede crear una sensación de competencia y autoconcepto positivo lo cual contribuye a implementar mejores estrategias de afrontamiento en niños víctimas de maltrato.

Los niños resilientes muestran una mejor capacidad de control de impulsos, utilizando el pensamiento como mediador, lo cual les permite codificar e interpretar la situación, buscar posibles soluciones y seleccionar la respuesta adecuada.

Los niños maltratados aprenden a anticipar la conducta de sus cuidadores y maestros, anticipando las consecuencias de las alternativas elegidas para solucionar un problema. Esto puede estar relacionado con un estado de alerta propio de estos niños ante las señales de amenaza de las figuras de su entorno familiar.

Cabe mencionar que entre las destrezas necesarias para solucionar problemas interpersonales es fundamental diferenciar las *emociones* que están involucradas en las situaciones problema. Por ejemplo, los niños víctimas de negligencia poseen un ambiente más limitado en experiencias emocionales, lo cual conlleva a tener mayor dificultad para poder discriminar sus emociones en comparación con los niños no maltratados o incluso con los niños maltratados físicamente, pues generalmente estos últimos responden en mayor medida con emociones de enojo, probablemente debido a que están más expuestos a ese tipo de emociones y a la amenaza.

También se ha observado que los niños de cualquier tipo de maltrato parecen aprender que es inaceptable y/o amenazante hablar de sus emociones, especialmente si son negativas. Por esa razón, estos niños no tienden a expresar verbalmente sus emociones; además de que tienden a atender, seleccionar y codificar nuevas experiencias de forma diferente a como lo hacen los niños no

maltratados. Por lo que en ese sentido, la asociación de los afectos experimentados con la experiencia traumática parece alterar el significado a la estimulación y a la naturaleza de las representaciones evocadas por los recuerdos (Morelato, 2011).

En el caso de los niños maltratados es particularmente importante “*interrogarse*” sobre los actos sufridos, pues es esto lo que hace la diferencia entre los que reproducen el maltrato y los que rompen el círculo vicioso. Los primeros tienen a idealizar a sus padres y a minimizar e incluso negar la violencia de la que fueron víctimas, diciendo cosas como: “*Es cierto, mi padre me golpeaba, pero es normal porque yo era malo*”. Y por el contrario, los que decidieron romper el círculo del maltrato percibían ese comportamiento como una injusticia grave, como algo anormal, por lo que al ser conscientes del mal causado por sus padres, deciden comprometerse en una dirección completamente inversa y toman la firme decisión de no imitar la conducta de sus padres, por lo que tener una plena conciencia de la violencia sufrida en la infancia ayuda a no reproducirla.

En su obra: *Cuando los hombres creen en el amor*, Susan Edwards (1997), relata varios ejemplos de hombres que fueron privados de amor en su infancia y que decidieron aprender a amar. Un ejemplo de ello, cita a un hombre de treinta y cinco años: “*¿Cómo podría yo ser un buen padre, si yo nunca tuve uno? Observé como mi suegro y mis tres cuñados se comportaban con sus hijos, y de ellos he aprendido mucho. Se elige ser un buen padre. Yo amo tiernamente a mis hijos, porque recuerdo mi propia juventud. Ahora sé que la sombra de un padre sin amor no determina mi vida. Todo lo que me quedaba por hacer era renunciar al pasado para construir el futuro*”.

Por otro lado, varios estudios han revelado que los padres que no reproducían la violencia sufrida en su infancia habían perdonado a sus padres, sin idealizarlos por ello.

Al respecto, Vanistendael (2002) dice que el perdón no es siempre bien visto pues se le relaciona con una aceptación resignada del mal cometido, dejando al otro libre para cometer otras malas acciones; además de que también se tiene la creencia de que perdonar es olvidar, partir de cero como si nada hubiera pasado, pero el olvido de ciertos traumas es imposible.

De esta manera, el perdón al igual que la resiliencia, “*es más un acto que inventa un futuro que un acto que borra el pasado*”.

Vanistendael habla de dos elementos sucesivos del perdón: el “*perdón intelectual*” que constituye el verdadero acto del perdón pues es una decisión guiada por la *voluntad* e iluminada por la *reflexión*, que expresa la voluntad de romper el círculo de la violencia. El otro elemento es el “*perdón emocional*”, es decir, la desaparición de los sentimientos de amargura; pero este perdón no depende de la voluntad de la persona y puede tomar mucho más tiempo llegar a él. Por lo que una persona puede haber perdonado y necesitar mucho tiempo hasta que sus sentimientos se hayan apaciguado.

Una mujer decía al respecto: “*Aunque todavía tenga tristeza por no haber tenido el padre que soñaba, ahora puedo experimentar sentimientos positivos hacia él y aceptar lo que me da*”.

Algunos psicoterapeutas han constatado que personas que perdonaban veían disminuir la cólera, la depresión y la ansiedad. Pero cabe aclarar que el perdón no puede de ninguna manera constituir una técnica que se le imponga a alguien; y la persona que desea hacer del perdón una herramienta terapéutica debe necesariamente manifestar un profundo respeto por el paciente.

c) *El sí mismo*

El *valorarse positivamente* puede ser un factor que disminuya la posibilidad de presentar síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato familiar. Además permite lograr mayor resistencia a sucumbir a las consecuencias negativas de la experiencia de maltrato. Los niños con alta autoestima son capaces de establecer mejores procesos atribucionales de las razones del maltrato que reciben, evitando la internalización de autopercepciones negativas.

La importancia dada a la organización del sí mismo, se relaciona con las expresiones del lenguaje de los niños resilientes, señaladas por Grotberg (1996), a saber: “yo soy”, “yo puedo”, “yo estoy” y “yo tengo”. En estas verbalizaciones aparecen factores de resiliencia como autoestima, confianza en sí mismo y el entorno, autonomía y competencia social.

d) *Factores neurobiológicos*

Según Cicchetti (2001) un gran número de experiencias traumáticas pueden ejercer un impacto negativo en la estructura del cerebro de los niños, afectando su función y organización, lo cual influirá en la forma en que experimentarán el mundo. Por lo tanto, es de esperar que las dificultades que tienen los niños maltratados para expresar sus emociones puedan no solo obedecer a un proceso de intimidación psicológica de parte del cuidador sino también a una manifestación neuroanatómica y neurofisiológica de un cambio en la estructura y función del cerebro como consecuencia del abuso y/o negligencia.

En contrapartida, los niños que desarrollan una modalidad resiliente de enfrentamiento a la adversidad muestran un rol activo en la búsqueda y recepción de experiencias positivas de las cuales se apropian. De ese modo, modifican y protegen su cerebro para asegurar la obtención de resultados adecuados.

Por otro lado, las modificaciones en el ambiente pueden mitigar los efectos de los eventos estresantes sobre el sistema nervioso central, disminuyendo la respuesta corporal al estrés. Se ha observado por ejemplo que los cuidados parentales, el apoyo social y los ambientes estimulantes son significativos para superar las situaciones estresantes.

e) *Otros factores*

Scott Heller et al., 1999 (citados en Morelato, 2011) expresan que una mayor *espiritualidad* es un factor protector relacionado con la resiliencia.

Vandistendael (2002) menciona que a través de la fe no sectaria en Dios es como una persona resiliente descubre la posibilidad de ser aceptada incondicionalmente. “*En ciertos momentos no tenía a nadie más en quien confiar. Lo único que me sostenía era mi relación con Dios (a través de) la plegaria*”. Y como menciona Boris Cyrulnik: “*Dios puede constituir para ciertos individuos un tercero perfecto para escuchar nuestras desgracias, nuestras miserias inconfesables y la plegaria de nuestros deseos*”.

Amar (2003) identificó cinco mecanismos de ajuste y de adaptación satisfactoria en niños víctimas de violencia por parte de sus padres, los cuales son: la lealtad hacia los padres, la normalización del ambiente abusivo, la invisibilidad del abusador, la autovaloración y la visión futura.

Los niños resilientes y víctimas de violencia tienen a ser *leales con sus padres* defendiendo las acciones de estos y creyendo firmemente que éstos los aman. Los niños tienden a separar las conductas abusivas de sus padres del rol de “buen padre”, y eventualmente ven la diferencia entre la conducta abusiva de sus padres sin relación alguna con un mal comportamiento de ellos mismos y aquellas conductas abusivas debidas al alcohol o estrés.

Los niños que viven en un ambiente de continua violencia intrafamiliar tienden a *normativizar el ambiente abusivo* de la casa, y eso les proporciona un medio para establecer un estado *funcional* de equilibrio en un ambiente poco fiable.

Los niños desarrollan resiliencia *visualizando un futuro positivo*, una actitud de esperanza, sueños, metas e iniciativa. Wyman et al. (citado en Amar, 2003) consideran que las expectativas futuras pueden modificar las respuestas de un niño en cuanto a la manera de adaptarse a tales experiencias nefastas. Dichas expectativas pueden reducir el grado en el que un niño percibe un evento como amenazante o dañino.

Una de las actitudes más universalmente difundidas es la *ensoñación diurna*. Evadirse de vez en cuando es una actividad muy frecuente en el ser humano, y probablemente todavía más en las personas resilientes. A menudo, es imaginándose un futuro mejor como los niños resilientes han podido soportar un presente intolerable.

Al respecto Selma Fraigberg (1959) dice: “*el niño que utiliza su imaginación y los seres que la pueblan para resolver sus problemas es un ser que trabaja para su propia salud mental. Él puede mantener sus vínculos humanos y su buen contacto con la realidad, al mismo tiempo que conserva su universo imaginario*”.

La ensoñación es pues una actividad en el ser humano, ya sea niño o adulto, que se vuelve casi una necesidad cuando se encuentra sumergido en un entorno traumatizante. Solo es patológica cuando es excesiva, es decir, cuando el individuo vive solamente en lo imaginario.

En el niño, la ensoñación toma a menudo la forma de juego, lo que constituye a veces un poderoso auxiliar de resiliencia.

Por otro lado, Seligman (1981) sostiene que el *optimismo* es un estilo de pensamiento que explica la adversidad como *transitoria, específica y externa* a la persona. Esto permite mantener viva la esperanza y sentir que el cambio es posible. Por lo que la *esperanza* hace que la persona esté dispuesta a ponerse en pie, a continuar esforzándose, a buscar alternativas y a persistir frente a la adversidad. Este tipo de pensamiento es el que parece imperar en los niños, adolescentes y adultos resilientes. Por el contrario, el pesimista percibe la adversidad como algo *permanente, universal y personal*. Esta forma de pensamiento lleva a la indefensión y a la desesperanza.

El psiquiatra Viktor Frankl (1999) en su libro: *el hombre en busca de sentido*, muestra la forma en que el *significado* influye en el comportamiento. Frankl fue sobreviviente de un campo de concentración y logró salir de ahí, sin desórdenes psicológicos. Su estrategia fue la *actitud* que tomó ante las circunstancias a las que estuvo sometido, es decir, dándole un sentido al sufrimiento. Él menciona que la verdadera razón de la muerte en el campo, era la pérdida de esperanza por usencia de todo significado.

Una de las competencias personales más significativas en el ser humano es el sentimiento de ejercer cierto *control sobre la propia existencia* (Nicole Dubois, 1998). Según la manera de aprehender los acontecimientos de la existencia, los individuos se pueden dividir en dos grandes categorías: las personas con un “*locus de control interno*” tienden a explicar lo que les sucede a partir de su personalidad y su propio comportamiento, mientras que los individuos con un “*locus de control externo*” tienden a explicar lo que les sucede a factores externos, ya sean a otras personas, al azar o la suerte.

Las personas “internas” tienen más éxito en la escuela, en la universidad y en su profesión; son menos influenciables; saben hallar y utilizar la información que necesitan; y utilizan más sus experiencias anteriores como fuentes de información.

Retrocediendo un poco, los *padres cálidos, aprobadores, no autoritarios*, sin llegar a ser blandos, ayudan muy tempranamente a generar comportamientos independientes en sus hijos y a suscitar en ellos la creencia en un lugar de control interno. Por el contrario, los *padres distantes, punitivos, imprevisibles y/o sobreprotectores* favorecen en sus hijos la creencia en un lugar de control externo.

Ahora, si nos dejamos llevar por esta teoría podríamos pensar que los niños que sufren de carencias afectivas serían condenados a adoptar un modo de pensar externo, pero tal conclusión sería errónea por dos razones: una porque existen estudios que comprobaron que adultos con un control interno habían tenido una madre poco afectuosa, e incluso hostil. Se cree que estos niños fueron capaces de desarrollar un control interno debido a que tuvieron que hacerse cargo de sí mismos; por otro lado, también es posible favorecer el desarrollo del lugar de control interno en un individuo.

Sin embargo, hay que tener cuidado, pues un aumento demasiado importante del locus de control interno presentaría también sus riesgos, pues considerar que todo lo que nos sucede *depende de nosotros* sería totalmente irreal, en la medida en que el dominio de ciertos acontecimientos escapa totalmente al individuo; además, podría acentuar la sensación de culpabilidad.

Por otro lado, están los *mecanismos de defensa y las estrategias de adaptación*. La diferencia estriba en que los “*mecanismos*” son procesos inconscientes y automáticos, mientras que las “*estrategias*” son esfuerzos cognitivos y comportamentales más o menos voluntarios. Además de que la “*defensa*” tiene una función protectora, mientras que la “*adaptación*” es más dinámica e incluso combativa.

Puestos en funcionamiento espontáneamente por las víctimas, éstos constituyen una especie de filtro que permite hacer frente a las adversidades, sin embargo, si son usados en exceso o durante un período demasiado largo puede ser contraproducente (Klinkert, 2002).

Brickman (citado en Klinkert, 2002) propone cuatro modelos diferentes de *coping*.

El *modelo moral* (fuerte responsabilidad ante el problema y ante la solución). Según esta concepción, los problemas de una persona provienen esencialmente de ella, y solamente ella puede resolverlos. Durante mucho tiempo este concepto fue aplicado a los alcohólicos: “los bebedores son responsables de su estado y deben utilizar su voluntad para salir de este”. En este modelo, la única ayuda posible consiste en recordar a la gente que su destino está en sus manos y que por lo tanto ellos deben hacerse cargo de sí mismos.

El *modelo compensatorio* (débil responsabilidad ante el problema y fuerte responsabilidad ante la solución). Un buen ejemplo de este modelo es la actitud del líder americano negro Jesse Jackson, quien ha repetido a menudo a sus hermanos de color: “*Ustedes no son responsables de encontrarse en la parte baja de la sociedad, pero sí son responsables de ascender*”. La fuerza de este modelo es incitar a la gente a actuar para tratar de resolver sus problemas, sin hacerlos, sin embargo, responsables por la situación. Los que se adhieren a este concepto y desean ayudar a otros, buscan ante todo movilizar los recursos propios de esas personas.

El *modelo de elucidación* (fuerte responsabilidad ante el problema y débil responsabilidad ante la solución) acentúa el hecho de que las personas deben aceptar una imagen negativa de sí mismas y un fuerte grado de sumisión a los agentes de control social. En algunos casos, la ayuda propuesta emana de una secta religiosa. La adhesión a ella es el único medio, por ejemplo, para liberarse del alcohol o de la droga. El defecto de este modelo es evidente. Además de la culpabilidad que puede engendrar, conduce a los individuos a poner su destino en manos de otras personas que se designaron para ayudarles.

El *modelo médico* (débil responsabilidad ante el problema y ante la solución). Este modelo no sólo se aplica a la enfermedad, sino a todas las situaciones en las que el individuo está considerado como el objeto de fuerzas que están más allá de su control, tanto en lo que respecta al origen de sus problemas como a los medios para resolverlo. Por ejemplo, en el siglo XX pasamos progresivamente del modelo moral al modelo médico para diversos problemas tales como el alcoholismo y la enfermedad mental. Por otra parte, esta última actitud es a veces adoptada con intenciones muy loables.

Tabla 2.
Modelos de coping

	Fuerte responsabilidad ante el problema	Débil responsabilidad ante el problema
Fuerte responsabilidad ante la solución	Modelo moral	Modelo compensatorio
Débil responsabilidad ante la solución	Modelo de elucidación	Modelo médico

El enfoque de resiliencia elimina a menudo los dos modelos que atribuyen la responsabilidad del problema a la persona, es decir, el modelo de elucidación y el modelo moral. En efecto, no es raro que niños maltratados se crean generadores de la violencia que sufren, o que mujeres víctimas de incesto o violación se culpen por no haber resistido suficientemente.

Factores externos de la resiliencia en el maltrato infantil

a) *Factores familiares*

Hablar de resiliencia nos invita a hablar no solamente de la persona, es decir, de sus recursos internos sino también de sus redes sociales, como su familia, sus amigos, sus vecinos, sus compañeros de clase o sus colegas de trabajo.

En el caso de la *familia*, su tarea consiste en responder por la satisfacción de las necesidades físicas, psicoafectivas, intelectuales y espirituales.

La presencia de algún soporte adulto en la familia que brinde *cuidados y respuestas emocionales positivas*, aun cuando existan condiciones adversas, permite un mejor desarrollo de competencias y mantiene la permanencia en la escuela (Scott Heller et. al., citado en Morelato, 2011). La *coherencia familiar* y una *estructura* estable donde haya orden, reglas y expectativas claras, son recursos del ambiente que ayudan a los niños a afrontar el riesgo.

Por otro lado, el sistema de *creencias* relacionado al sentimiento de religiosidad, permite a la familia enfrentar con optimismo las dificultades.

Charles Baddoura constató que los chicos que eran bien protegidos por su familia, habían sufrido menos los horrores de la guerra (del Líbano) que aquellos que no contaban con esa protección, como si la familia constituyera un poderoso *amortiguador contra los impactos psíquicos*.

Según Walsh (1996) el tipo de organización parental depende de cuán flexible puede ser una familia, de su grado de cohesión y de cómo organizan sus recursos económicos y sociales.

Varios autores como: Greenspan (1996), Grotberg (2006), Kotliarenco (1996), Neil (2006) y Ravazzolla (2005 citados en Oros, 2012) identificaron algunas cualidades que distinguen a las familias resilientes. La mayor parte de ellas tiene sus raíces o se vincula estrechamente con la experiencia y expresión adecuada de las emociones, con especial énfasis en las emociones positivas como el *amor*, la *ternura*, la *gratitud*, la *serenidad*, la *satisfacción con uno mismo* y el *buen humor*.

La razón por la cual estas emociones están en la base de muchos comportamientos resilientes es porque facilitan estilos de pensamiento creativos y flexibles, actitudes tolerantes frente a la frustración, posibilidades conductuales más amplias para resolver con eficacia diferentes problemas de la vida cotidiana, y mayor tendencia a la proximidad interpersonal.

La *gratitud* es una emoción capaz de disparar nuevos recursos psicológicos ya que retroalimenta los comportamientos prosociales, incrementa el bienestar personal y relacional, promueve otras emociones positivas como la alegría, la felicidad, la satisfacción con la vida y la esperanza, y se relaciona con mejores niveles de salud, entusiasmo, energía e interés por las tareas. Al mismo tiempo tendría una función protectora contra sentimientos negativos, como la envidia y la depresión.

La *empatía* permite que los individuos sintonicen con la emoción ajena, conduce a la ejecución de comportamientos altruistas y prosociales, al mismo tiempo que disminuye la ocurrencia de comportamientos agresivos y promueve la tendencia a perdonar.

La *serenidad* es una de las emociones más asociadas al afrontamiento exitoso del estrés. Esta emoción facilita la capacidad de reflexión, predispone a la acción, aumenta la receptividad y desarrolla la creatividad, posibilitando la sustitución de las conductas violentas por comportamientos socialmente hábiles.

La *satisfacción personal* tiene que ver con la valoración, la conformidad y la aceptación de uno mismo, está además estrechamente relacionado con la autoestima. El sentimiento de valía personal se origina muy tempranamente, siendo los padres o cuidadores el primer punto de referencia. El grado en que los niños se consideran capaces y valiosos incide sobre su desempeño general y sobre la forma de percibir y manejar las situaciones difíciles de su entorno.

El *buen humor* y la *alegría* relajan el sistema nervioso y reducen los niveles de estrés, incrementando la liberación de endorfinas y serotonina, hormonas que propician la analgesia, la serenidad y refuerzan el sistema inmunológico. Cuando predomina un estado de ánimo alegre y de buen humor aumentan las probabilidades de ser considerados y amigables con otros. Actúa además también como un importante recurso de afrontamiento frente a la adversidad.

Maturana dice que “*el amor es la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia; es una condición necesaria para el desarrollo físico, conductual, psíquico, social y espiritual normal del niño, así como para la conservación de la salud física, conductual, psíquica, social y espiritual del adulto...*” (Maturana, 1996 en Klinkert 2002, p. 12).

Aceptar al otro es aceptarlo como persona sin juzgarlo o condenarlo, por lo cual es importante estar atento a sus necesidades, expectativas, posibilidades, fortalezas y limitaciones (Klinkert, 2002).

Vanistendael (2002) dice al respecto que para que un niño pueda sobrellevar una situación difícil, es necesario que se sienta aceptado por un adulto, inclusive puede ser por otro niño o un joven.

Algunos autores mencionan que la *aceptación incondicional* es en realidad una “noción sobrehumana”, pues la aceptación de otra persona está casi siempre condicionada por ciertas expectativas nuestras, lo cual es humano y finalmente muy comprensible, por lo que Vanistendael prefiere hablar de “*aceptación fundamental*”.

Al experimentar una aceptación fundamental hacia alguien no significa aceptar cualquier comportamiento, sobre todo cuando se trata de un niño o joven. Por el contrario, si se aceptan todos sus comportamientos, se le envía el mensaje de que él/ella nos es indiferente. Y una actitud así, a medio o largo plazo, es probablemente más perturbadora que la confrontación directa, incluso que el conflicto hasta un cierto grado.

La aceptación fundamental del otro encierra el hecho de creer verdaderamente en el *valor* de alguien.

Es en la familia donde el niño debería en principio encontrar los principios de esta aceptación fundamental, aunque no siempre es así. A veces la familia constituye una fuente de estrés más que un sostén.

La necesidad de sentirse aceptado no es una necesidad específica del niño. Los adultos la sienten de la misma forma, y en los raros casos en que eligen negarlo dan prueba de una personalidad dura y seca, y se encierran en su propia autosuficiencia.

Por otro lado, el amor es un elemento vital que facilita el apego. Los niños criados por adultos afectuosos, sensibles y responsivos tienen mayor probabilidad de ser emocionalmente flexibles, seguros, independientes, perseverantes, alegres, amistosos y empáticos.

Una de las principales alternativas para evitar o aminorar las desastrosas consecuencias que produce el estrés en el desarrollo cognitivo y socioemocional del niño, es el mejoramiento de las relaciones de cuidado o vínculo de apego entre la madre/cuidador y el niño.

b) Soportes extrafamiliares

Vanistendael (2002) menciona como otro factor asociado a la resiliencia en niños que han sufrido violencia los soportes extrafamiliares. Éstos hacen referencia a contar con un entorno que brinde sostén desde el contexto comunitario del niño (escolar, familiar, religioso, etc.).

A veces una relación por muy débil que sea, puede ser la condición necesaria para que se pueda desarrollar la resiliencia en un niño.

La red familiar amplia (abuelos, tíos, etc.) son figuras que pueden desempeñar roles de apoyo con respecto a los niños y a los padres (por ej. a veces una tía/o, abuela/o puede ayudar a las madres o padres, quedándose al cuidado de los niños, en ciertos momentos del día; llevarlos a la escuela; jugar con ellos, etc.). De existir otras figuras cercanas con las características adecuadas, aunque no sean familiares, también podrían desempeñar estos roles, como por ej. una madrina o un amigo/a de la familia.

Numerosos estudios indican que el apoyo social (externo) puede influir de forma positiva en el funcionamiento familiar, ya que el aislamiento social en que viven muchas de las familias es un factor de riesgo. Se han observado efectos positivos del apoyo social en las actitudes parentales, en las prácticas de socialización y estilos parentales de interacción con los hijos, en las expectativas que los padres tienen de sus hijos y en el comportamiento, ajuste y desarrollo infantil.

Los seres humanos necesitamos de la confianza de los demás en nosotros. Para un niño lo importante es verse reconocido, verse aceptado, sólo se puede ser uno mismo si alguien te confirma que te reconoce como persona.

Para todo ser humano el amor constituye el alimento psíquico más importante y que por lo tanto “*no existe ayuda eficaz y duradera si no existe amor auténtico*”. Si aquel que ayuda (padre, profesor, médico, terapeuta, etc.) no está movido por un profundo amor por sí mismo, por el ser humano y por su trabajo, no hace más que un trabajo técnico y rutinario (Vanistendael, 2002).

Una de las frases de Kant era: “*Actúa de manera que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona del otro, siempre como un fin y jamás como un simple medio*”.

La *escuela* podría permitir a los niños encontrar un espacio de libertad y creatividad favoreciendo la construcción de la resiliencia frente a situaciones adversas de la siguiente forma:

- Generando una actitud de escucha, apoyo e interés por el niño.
- Estableciendo reglas y límites claros con expectativas altas, pero sin sobrecargar al niño, respetando su etapa de desarrollo.
- Favoreciendo la participación activa del niño en la vida de la familia, de la escuela o de la comunidad.

Por otro lado, para facilitar la adquisición de *competencias* en el niño es importante considerar los siguientes aspectos (Vanistendael, 2002):

- Desarrollar un clima de confianza, aceptando al niño tal como es.
- Es necesario que el niño pueda participar en diferentes actividades que le permitan aprender, y que éstas sean adaptadas a sus capacidades estimulándolo al mismo tiempo para que pueda progresar.
- Es necesario proporcionar al niño los medios necesarios para la realización de su tarea y animarle en sus esfuerzos.
- Se debe evitar focalizar la atención en el fracaso y, por el contrario, transformar cada fracaso en una nueva ocasión de aprendizaje.

Saber distinguir capacidades positivas tras comportamientos aparentemente dignos de reproche.

Por lo tanto, antes de combatir el comportamiento de estos niños, lo que puede resultar inútil ¿no sería preferible preguntarse de qué manera se podría utilizar su potencial, canalizándolo en otra dirección? Así, la destreza y la habilidad que son necesarias para robar podrían quizás tener otras aplicaciones cuando los niños estén en otra situación.

Finalmente, en las escuelas donde los profesores imponen desafíos a los niños y en donde tienen para ellos altas expectativas, el sistema escolar funciona mejor y los alumnos obtienen mejores resultados. Sin embargo, las expectativas deben estar bien adaptadas a las posibilidades del niño: ni demasiadas altas ni pocas, pues si ponen exigencias demasiado elevadas, se corre el riesgo de llevar a los niños al desánimo, a la frustración e incluso a la depresión. Esto se puede comparar a la acción de un medicamento: es benéfico en cierta dosis pero se vuelve tóxico si ésta es excesiva.

La siguiente curva, llamada “curva en U invertida” muestra que la resiliencia aumenta a medida que el nivel de desafío aumenta, pero hasta un cierto punto solamente. Si el desafío excede la capacidad del sujeto, ello conduce inversamente a una disminución de sus posibilidades de resiliencia, llegando casi a extinguirla.

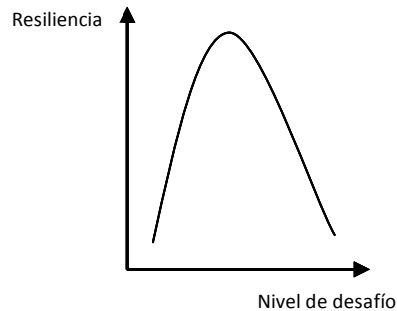


Figura 3. Resiliencia y nivel de desafío

Fuente: Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa.

A menudo la resiliencia pasa por un proyecto a poner en marcha, por un objetivo a realizar. Un ejemplo de esto es la experiencia vivida por el explorador noruego Boerge Oustad, que atravesó el Antártico a pie. Una de las condiciones de su éxito había sido fijarse cada día un objetivo realizable, a veces muy restringido, pero que lo conducía a una victoria cotidiana: a cada día su esfuerzo.

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA DEL TRABAJO CLÍNICO

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En general, los profesionales de la salud que trabajan con personas en dificultades, en primer lugar, se esfuerzan en establecer un *diagnóstico* del o de los *problemas* a fin de aportar una *solución* a la persona. Sin embargo, la resiliencia ha adoptado una actitud diferente pues hace énfasis en los *recursos* y las *posibilidades* de las personas que en sus dificultades o limitaciones.

Aunque cabe aclarar que esto no significa que no sea necesario determinar las dificultades que tienen los individuos, pero aún es más importante identificar los recursos de la persona y de su entorno y facilitar su movilización.

La resiliencia ha cambiado la forma de percibir al ser humano, pues pasa de estar *desvalido* y a merced de fuerzas superiores y externas, a considerarlo *capaz* de enfrentarse y superar las adversidades, tomando las riendas de su propia vida.

Una de las preguntas que se han hecho a lo largo del estudio de la resiliencia es saber si es posible promover la resiliencia como una “vacuna” generadora de inmunidad frente a las adversidades.

Cabe aclarar que al referirse a vacuna no es pensar en aquellas que dan inmunidad para toda la vida, sino más bien, las que son parecidas a las antigripales, es decir, que se deben recibir cada año.

Chok Hiew y cols. (en Suarez Ojeda, 2001) descubrieron que la resiliencia reducía la intensidad del estrés y producía el decrecimiento de signos emocionales negativos, como la ansiedad, la depresión o la rabia, al tiempo que aumentaba la *salud emocional*. Por lo tanto, la resiliencia es efectiva no sólo para enfrentar adversidades sino también para la *promoción* de la salud mental y emocional.

Ante las múltiples dificultades que nos encontramos en la vida, es necesario que los niños desarrollen la resiliencia para que sean capaces de superar las numerosas adversidades a las que se encontrarán en el camino. Sin embargo, es necesario contar con adultos que sepan fomentar la resiliencia o inclusive que estén volviéndose resilientes.

Por lo tanto es de suma importancia implementar estrategias que activen la resiliencia durante el proceso de crianza. Identificando los recursos, las fortalezas, las habilidades y las posibilidades que tienen los niños para que puedan emplearlos para su desarrollo y que les permitan estar preparados para afrontar las crisis con éxito cuando se les presenten.

Finalmente es importante mencionar que la resiliencia no solamente posibilita un desarrollo normal dentro de las condiciones de adversidad, sino que también puede promover un *crecimiento* más allá del nivel actual de funcionamiento. Por lo tanto, no solo debe activarse durante las circunstancias desfavorables, sino que es ideal promoverla dentro de condiciones normales de desarrollo, como un factor de *protección*.

PREGUNTAS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Preguntas de trabajo:

1. ¿Es posible promover la resiliencia en niños maltratados?
2. ¿Es posible a través de la terapia de juego no directiva movilizar los recursos del menor?

Hipótesis:

1. Es posible promover la resiliencia en niños maltratados.
2. Es posible a través de la terapia de juego no directiva movilizar los recursos del menor.

OBJETIVO GENERAL

Promover la resiliencia en un niño que ha sufrido de violencia familiar a través del reconocimiento y movilización de los recursos del menor, fortaleciendo su autoconcepto y autoestima, desarrollando mejores habilidades sociales, poniendo en palabras sus sentimientos y experiencias vividas y fortaleciendo sus redes de apoyo para hacer frente a las adversidades.

PARTICIPANTES Y TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio de caso que por motivos de confidencialidad se le llamó *Kalen*, el cual es un nombre indígena y que elegí porque representa lo que el niño significa para mí: “*ser diferente*”. Kalen es un niño que llegó a consulta cuando tenía 9 años de edad y se encontraba estudiando 4° año de primaria; cuando se hizo el cierre del tratamiento tenía 12 años y cursaba 1° de secundaria. Para el proceso terapéutico se realizó un análisis cualitativo de cada una de las sesiones.

ESCENARIO Y MATERIALES

El proceso terapéutico se llevó a cabo en las instalaciones de un centro comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. El espacio asignado para las sesiones fueron tres consultorios diferentes, esto por cuestiones de disponibilidad de espacios.

Los materiales que se utilizaron fueron: papel, cartulina, lápices, colores, plumones, carros, soldados, guerreros medievales, piratas, muñecos de superhéroes, dinosaurios, animales, juegos de mesa, títeres, etc.

PROCEDIMIENTO

Resumen del proceso terapéutico:

Sesiones individuales	92
Sesiones con la madre	21
Faltas	20
Cancelaciones	7

El proceso de intervención se dividió de la siguiente manera:

1. Fase de Evaluación
2. Fase de Inicio de tratamiento
3. Fase Intermedia
4. Fase Final

PRESENTACIÓN DEL CASO

Ficha de identificación

Nombre: Kalen	Edad: 9 años	Escolaridad: 4° Primaria
Madre: E. Escolaridad: Licenciatura	Edad: 34 años Ocupación: Hogar	Edo. Civil: Casada
Padre: A. Escolaridad: Preparatoria	Edad: 30 años Ocupación: Gestor de cobranza	Edo. Civil: Casado

MOTIVO DE CONSULTA

- ✓ Diagnósticos no precisos (TDA y síndrome de Pierre Roban)
- ✓ Movimiento de manos (tic nervioso)
- ✓ Ansiedad
- ✓ Violencia intrafamiliar
- ✓ Bajo rendimiento escolar (dificultades en la lecto escritura y cálculo)
- ✓ Problemas de conducta (agresividad y aislamiento)
- ✓ Sonambulismo

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE KALEN

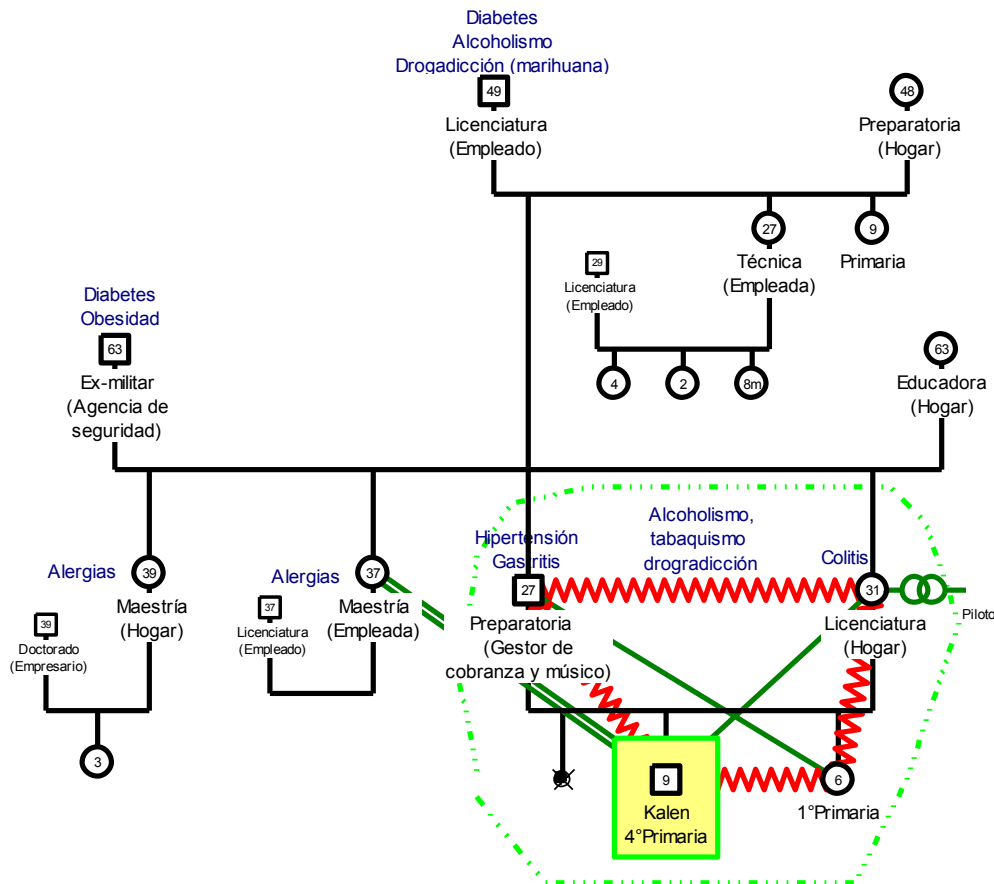
Apariencia	Corresponde a su edad cronológica y por lo general presenta buen aliño e higiene.
Conducta	Postura y movimientos rígidos. Cuando se encuentra ansioso mueve las manos, frunce el ceño y tensa la mandíbula. Hiperactivo en situaciones grupales, sin embargo, en situaciones de uno a uno se maneja adecuadamente.
Funcionamiento sensorial y motor	Dificultad en la coordinación motora fina y gruesa. Torpeza motora (llegó a romper accidentalmente algunos materiales del consultorio y en ocasiones evitaba tomar las cosas por temor a “destruirlos”).
Pensamiento	Concreto, fantasioso, desorganizado, confusión de ideas y fallas en el juicio.

Funcionamiento cognoscitivo	Orientado en lugar y persona, sin embargo, en ocasiones se le dificultaba orientarse en el tiempo (día de la semana). Nivel de concentración adecuado. Alerta a lo que sucede a su alrededor. Olvidaba lo que realizaba la sesión anterior o el día asignado de la sesión (esto último cuando faltaba).
Lenguaje	Adecuado para su edad y con un buen acervo de vocabulario, incluso mayor que el de sus iguales. Verborreico y muy detallista en sus narraciones. No ha desarrollado el lenguaje internalizado. Cuando se muestra ansioso tensa tanto los músculos que se dificulta hablar.
Afectivo	Identifica emociones sin embargo no las expresa (especialmente el miedo y la tristeza) y tiene dificultad para autorregularlas (enojo). Afecto predominante: ansiedad y nerviosismo.
Relación con la terapeuta	No hace contacto visual, sin embargo, se muestra obediente y complaciente con la terapeuta buscando dar una buena imagen. Durante la aplicación de las pruebas se mostró atento y cooperador. Durante las sesiones de juego tendía a elegir: carros y soldados haciendo referencia a la destrucción, muerte y sobrevivencia. Evitaba preguntas relacionadas con aquello que le originaba ansiedad (familia, miedos, escuela, amigos, etc.).

Descripción que hace la madre de Kalen:

“Es noble, cariñoso, solidario, chantajista, mide bien, simplón, desidioso, nervioso, se enoja muy fácil, iracundo, sensible, muy inteligente, rencoroso, distraído y perseverante”.

GENOGRAMA



ESTRUCTURA, DINÁMICA E HISTORIA FAMILIAR

Los padres de Kalen fueron novios durante un año, después la madre se embarazó pero decidió abortar porque se encontraba estudiando la universidad y no deseaba interrumpir sus estudios. Posteriormente se embarazó de Kalen pensando en que *“la daría todo lo que no pudo darle al otro bebé”*.

El padre presenta problemas de adicción (tabaquismo, drogadicción y alcoholismo) y generalmente toma en casa con sus amigos o cuando toca en algún evento. Es controlador y violento con la madre y los hijos y cuando llega de trabajar la familia se estresa y comienzan las disputas: insultos y golpes entre la pareja. Kalen se angustia mucho cuando su padre está en casa y se le dificulta realizar aún más la tarea, por lo que la madre en su desesperación lo regaña. Cuando el padre llega alcoholizado, la madre lleva a los niños al cine o a desayunar *“para que no se den cuenta”*. La madre ha considerado separarse del padre pero este le ha chantajeado con los hijos y su salud física (sufre de hipertensión).

La madre niega tener algún tipo de adicción, sin embargo, acepta haberla tenido durante su adolescencia y tomar *“solo en las fiestas, reuniones de sus amigos o eventos del padre”*. Es inestable en los trabajos pues ha tenido algunos pero con poca permanencia. El motivo de sus salidas de los trabajos es *“para estar más al pendiente de sus hijos”*. En su último trabajó conoció a una persona con la que le fue infiel a su esposo.

La relación que existe entre el padre y Kalen es de agresividad y le tiene mucho miedo, en cambio con la hija es más considerado. La madre por su parte sobreprotege a Kalen y con la hija es hostil (*“se siente grande, más poderosa que yo, no la veo como un rival pero me reta y me dice: te voy a acusar con mi papá”*). La relación entre los hermanos es de rivalidad.

El abuelo materno fue militar, *“es agresivo, estricto y dominante con la familia”*. Tiene una agencia de seguridad por lo que posee armas en el trabajo y en casa. El abuelo le ha enseñado a Kalen a disparar por lo que esto es un riesgo para él y su familia.

La madre describe a sus padres de la siguiente manera: *“Mis papás me dominan y mis hijos lo perciben. Todo el tiempo están sobre mí, que si ya les planché, que si ya les di de comer..... Mi papá fue muy violento, llegaba a golpear a la gente cuando se le metía algún carro y les sacaba la pistola. Para mí era algo normal. No tiene tacto para pedir las cosas, es grosero y me critica. Mi mamá odia a mi papá, vive subrogada a él, cuando está con él, siempre está enojada..... En alguna ocasión me comentaron que yo tendía a buscar hombres violentos y adictos”*.

El abuelo paterno es alcohólico y drogadicto y cree en la magia y la astrología, por lo que cada año la familia de Kalen asiste a eventos espiritistas para hacer oración y *“llenarse de buena vibra”*. Un amigo espiritista del abuelo le comentó a la madre que *“Kalen había venido a separar a sus padres y su hermana a unirlos y que la casa olía a demonios”*. Kalen no tiene una buena relación con su abuelo.

Tanto los abuelos, como los padres, Kalen y su hermana, comparten un pensamiento mágico y fantasioso en el que incluso tienen dificultad para distinguir la realidad de la fantasía. Ellos creen por ejemplo que hay sombras, ratas gigantes, fantasmas o muertos rondando en la casa. Por otro lado, la madre refiere que ha perdido en varias ocasiones el sentido del tiempo, por lo que se cree que esto puede ser debido a los efectos del alcohol y/o droga.

Kalen tiene una tía materna a la que quiere mucho y se lleva bien con ella, sin embargo, con sus tíos no se lleva bien pues son pesados con él (*“le hacen tubo”*).

HISTORIA DEL DESARROLLO Y ANTECEDENTES CLÍNICOS

Antecedentes clínicos

Cuando Kalen se encontraba en pre-escolar, lo refirieron a CAPEP por: “*dificultad psicomotriz fina y gruesa, problemas de conducta, orden, límites, atención, inseguro, no sigue instrucciones, no respeta turnos ni reglas*”.

En la primaria lo refirieron a USAER por problemas de conducta, dificultades en la lecto-escritura, bajo rendimiento escolar y por “*distraerse con sus deditos*”. Algunas profesoras le ponían notas en el cuaderno para que realizara ejercicios extras, sin embargo, la madre no lo apoyó en casa para realizarlos, pues siempre responsabilizó a las maestras por el mal desempeño del niño.

La madre llevó a Kalen con dos neurólogos y los diagnósticos que le dieron fueron: Síndrome de Pierre Roban y Trastorno del sueño; este último por el sonambulismo que presentaba y porque al dormir abría los ojos (esto último desde que era bebé).

El abuelo le comentó a la madre que él también hace movimientos parecidos a los de Kalen, sin embargo, ella nunca lo ha visto tenerlos.

Historia de la salud

- Temperaturas altas (40°) → Internado en el hospital
- Rotavirus (1.8 años de edad) → 2 días hospitalizado
- Golpe en la cabeza (aparentemente sin complicaciones)
- Pie plano
- Dermatitis atópica
- Alergia a la penicilina y al polvo

Concepción y embarazo

Kalen no fue planeado pero si deseado; la madre deseaba “*darle todo lo que no le dio al otro (aborto)*”. El padre deseaba una niña y a la madre “*le daba igual*” el sexo del bebé. Cuando la madre se embarazó tenía 20 años y el padre 17 y ya desde ese entonces presentaba problemas de alcoholismo. Durante el embarazo la madre “*dejó de tomar y fumar*” según refiere. La familia materna (abuelos y hermanas) no estuvo de acuerdo con el embarazo y esto ocasionó conflictos en la pareja, pero la madre se “*aferró y le suplicó*” al padre que no la dejara. Poco tiempo después de que nació Kalen decidieron vivir juntos y la madre sufrió depresión postparto “*por la separación de su hogar*”.

Nacimiento

Kalen nació por parto normal aunque tuvo algunas complicaciones durante éste (la madre tenía el útero hacia atrás, según refiere ella). Según reporta la madre, la valoración del Apgar fue de 9-9, respiró y lloró pronto, pesó 3.850kg y midió 53 cm. Su llanto era fuerte y prolongado y se asustaba ante cualquier ruido. Los padres se desesperaban con su llanto y en su exasperación le gritaban que se callara.

Alimentación

En un principio se le alimentó con fórmula porque la madre no tenía leche. Kalen presentó reflujo y cólicos constantes y el gastroenterólogo le dijo que tenía el “*yeto abierto*”, posteriormente por órdenes del médico se le alimentó con leche materna y se le quitaron los cólicos. Hasta los 3 años tomó biberón.

Sueño

Su sueño es *intranquilo* y cuando duerme *chasquea los dientes, habla dormido, tiene pesadillas y terrores nocturnos*. En ocasiones pide su oso de peluche “Tedi” para dormir y tapa la tv con un trapo, pues no le gusta que la tv esté sin cubrir. Le cuesta trabajo dormir y en ocasiones se duerme por las tardes.

Presenta *sonambulismo* (una vez al mes), anteriormente lo presentaba con mayor frecuencia (3 o 4 veces al mes) y lo que hacía era orinarse en cualquier parte de la casa, ahora se dirige al baño o intenta salirse de la casa.

Control de esfínteres

Al año y medio comenzó la educación para el control de esfínteres sin embargo, la madre no fue constante en esta. Cuando Kalen no controlaba esfínteres (3 años de edad), la madre lo regañaba y le daba de nalgadas, hasta que un día lo encontró escondido en la cocina porque había mojado la cama, lo vio y le pidió disculpas por regañarlo y fue así como desapareció la enuresis (según reporta la madre).

Desarrollo psicomotor

En cuanto al desarrollo psicomotor, gateó, anduvo en triciclo y brincaba solo con el pie izquierdo. Posteriormente usó los dos pies. Cuando era pequeño se caía con frecuencia, aún se cae pero ya no es tan frecuente. Tiene pie plano y presenta *movimientos de ambas manos* (tic nervioso). Cuando ingresó al kínder le costó trabajo tomar el lápiz y escribir. Se pone los zapatos o la ropa al revés y no se da cuenta.

Desarrollo sexual

Cuando nació su hermana, la madre se enojaba porque Kalen hiciera ruido y fuera a despertarla y le gritaba que se callara. Cuando eran pequeños lo bañaba juntos y de esta forma Kalen se dio cuenta de la diferencia entre niños y niñas. Cuando Kalen se despierta y observa que ha tenido una erección se golpea los genitales. A veces su hermana también le llega a pegar en los genitales.

Los padres sospechan que los haya visto teniendo relaciones sexuales, sin embargo, Kalen no ha comentado nada al respecto. Cuando el padre ve la tv, en especial la lucha libre le dice a Kalen: “*vente a ver a las muchachonas*” y Kalen se apena.

La familia paterna se refiere a los genitales de una manera inapropiada por lo que Kalen llama a sus genitales: “*el número uno, tornillo, etc.*”

Relaciones interpersonales

Anteriormente Kalen no tenía amigos porque era muy *agresivo* con ellos. Ahora se relaciona más pero es un poco hostil con los niños. Convive más con las niñas que con los niños y es muy respetuoso con las mujeres.

Sus amigos son generalmente niños que presentan problemas de conducta y/o emocionales; actualmente su mejor amigo es un niño de 6 años que presenta problemas de lenguaje.

Generalmente cuando la familia sale a pasear es con los amigos de los padres o con familiares, pero muy pocas veces salen los cuatro juntos y es algo que añora Kalen. Con los adultos suele ser muy propio para dirigirse.

Cuando está solo le gusta ver los libros de Waly, jugar con sus legos o videojuegos. Sus cuentos o relatos que hacía eran referentes a “*discapacitados o animales que les cortaron las alas*”. Kalen le ha pedido a la madre que lo lleve al catecismo “*porque no quiere irse al infierno*”.

Historia escolar

Kalen ingresó al kínder a los 4 años de edad, se adaptó de inmediato y no lloró. Aprendió a leer y escribir hasta 3° de primaria. Ha tenido varios cambios de casa y escuela y lo han etiquetado (profesores) y diagnosticado (médicos) de diferentes formas: “*TDA, problemas psicomotrices, daño neurológico, síndrome de Pierre Roban y trastorno del sueño*”. Los cambios de escuela han sido porque la madre no ha estado conforme con la enseñanza de los profesores y por su dificultad para relacionarse con ellos.

Kalen se distrae fácilmente en clase y platica con sus compañeros, por este motivo ha tenido varios llamados de atención. No le gustan las tareas que implique redacción pero en cuestiones de matemáticas la termina rápido y trabaja bien cuando es motivado por algún profesor. Algunas actividades extraescolares son: teatro, karate y aerokids.

Desarrollo de la personalidad

Cuando Kalen se porta mal se dice a sí mismo que es un “*tonto*”. Presenta varios miedos entre ellos: la obscuridad, los fantasmas, los zombies, los bichos, irse al infierno, que se acabe el agua y al fin del mundo.

Cuando está nervioso y “*juega con su imaginación*” mueve las manos y brinca cuando está emocionado.

Cuando se le niega algo se molesta sin embargo, busca diferentes formas para conseguir lo que desea, de no ser así hace berrinches pero después termina aceptándolo. Cuando se le pide que haga algo, la madre se lo tiene que repetir varias veces.

Hubo un tiempo en el que se encontraba fascinado construyendo la casa del árbol.

Algunas actividades que realiza solo son: comer, vestirse, bañarse y cepillarse los dientes. No se peina solo ni se amarra las agujetas.

Disciplina

La madre es quien generalmente impone las órdenes y se hace obedecer condicionándole la tv, no dándole a Kalen lo que desea, gritándole o pegándole. Cuando Kalen no obedece, la madre le pide al padre que intervenga (“*porque le tiene miedo*”). La madre cumple más las recompensas que los castigos a diferencia del padre que cumple más los castigos que las recompensas. La mayoría de las veces el padre se hace obedecer a gritos.

ENTREVISTA CON LA MADRE

Cabe mencionar que las entrevistas con la madre por lo general fueron bastante difíciles pues tendía a hablar de sus problemas personales o de los conflictos con su pareja, se desviaba mucho del tema, tendía a ser muy detallista en sus narraciones y a veces era difícil detenerla o guiarla, pues tendía a la verborrea, por lo que esto dificultaba las entrevistas y sesiones de orientación con la madre.

Algunos aspectos que se trabajaron con la madre fueron los siguientes:

- ★ Entrevista inicial (motivo de consulta).
- ★ Elaboración de la historia clínica y de desarrollo.
- ★ Entrega de resultados de la evaluación de Kalen en las diferentes áreas: perceptomotora, cognitiva y socioafectiva. Respecto a este punto se le mencionaron a la madre las dificultades que presentaba Kalen, sin embargo, se hizo hincapié en los *recursos y posibilidades* de éste.
Cabe mencionar que a pesar de que se le sugirió a la madre llevar a Kalen con una psicopedagoga y con el neurólogo no lo hizo.
Se le refirió a la clínica del trastorno del sueño de la UNAM, lo llevó una sola vez en la que le sugirieron una evaluación completa sin embargo tampoco le dio seguimiento.
Posteriormente la madre lo llevó con una terapeuta de integración sensorial y esta le sugirió una evaluación neurológica, sin embargo, nuevamente no lo hizo.
- ★ Se trabajó la *resistencia* para el trabajo terapéutico y la *negación* de la madre respecto a las dificultades que presentaba Kalen, fomentando la *responsabilidad y compromiso* en la madre.
- ★ Se fomentó la *constancia* para darle mayor *seguridad y estructura* a Kalen.
Al mencionarle los avances de Kalen, eso fue de vital importancia para que la madre se comprometiera más con el proceso terapéutico.
- ★ Se hizo consciencia sobre las *necesidades* de Kalen para que sea más responsiva.
- ★ Se le orientó sobre el establecimiento de *normas y límites*.
- ★ Se trataron los *conflictos de pareja* que no involucraran a los niños y generara *espacios más seguros* y fortaleciera sus redes de apoyo.
- ★ Se le sugirió asistir a terapia para tratar el maltrato que vive en casa y la manera de protegerse y proteger a los niños, sin embargo, no asistió.

EVALUACIÓN

Técnicas aplicadas para la evaluación

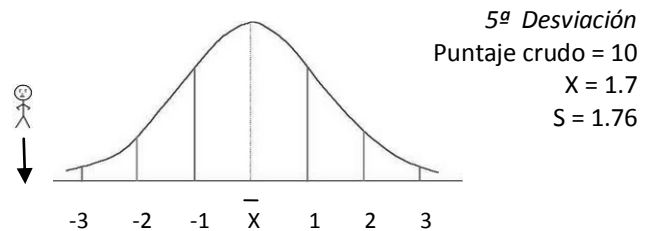
- Entrevista con la madre
- Escala de maduración del Test de Bender para niños (B.G.) - Koppitz
- Método de evaluación de la Percepción Visual (DTVP-2) - Frostig
- Escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV) - Wechsler
- Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH) - Koppitz
- Test de la familia (imaginaria y real) - Corman y Font
- Dibujo de su problema
- Test de Apercepción Temática infantil con Animales (CAT-A) - Bellak
- Test de las Fábulas de Düss - Düss
- Test de Frases Incompletas para niños (FIS)
- Lo que pienso y siento (CMAS-R) - Reynolds y Richmond
- Juego diagnóstico

Escala de maduración del Test de Bender para niños (B.G.)

<u>Errores</u>	<u>Figura</u>
Distorsión de la forma	A, 6, 7, 8
Rotación	A, 4 ^{**}
Integración	4, 7
Desproporción	A
Perseveración	6 ^{&}

** Altamente significativo de DN (cualquier edad)
& Altamente significativo de DN (7 años)

*Desviación que guarda en relación
con su edad cronológica*



Nivel de maduración en la percepción visomotora = 5.6 a 5.9 años

Indicadores emocionales

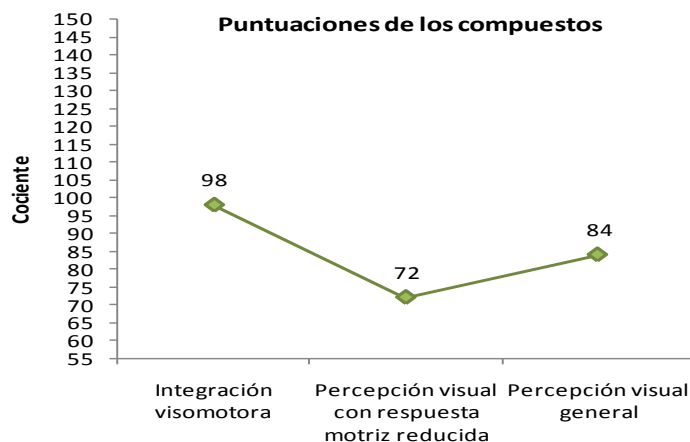
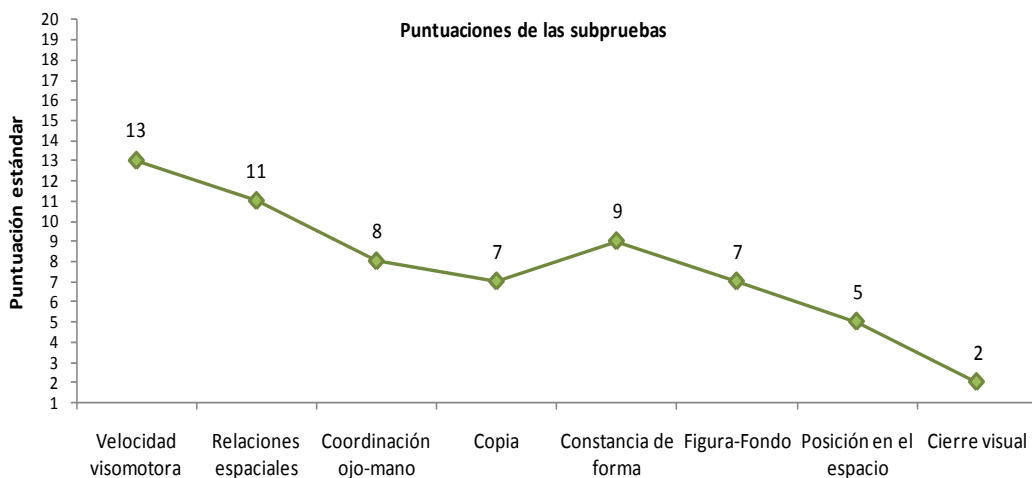
- ☹ Orden confuso
- ☹ Línea ondulada (fig. 2)
- ☹ Tamaño pequeño de los dibujos
- ☹ Repaso del dibujo (fig. 4)

Ver anexo 1.

Método de evaluación de la Percepción Visual (DTVP-2)

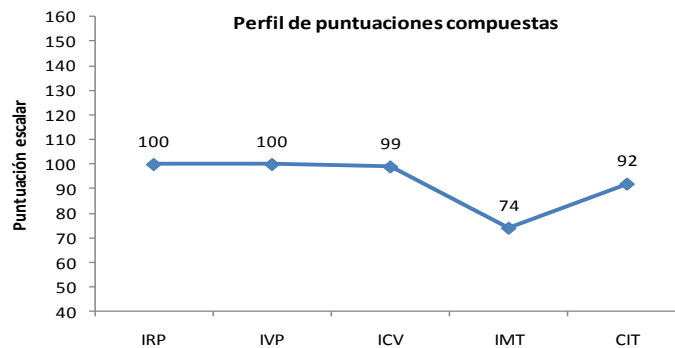
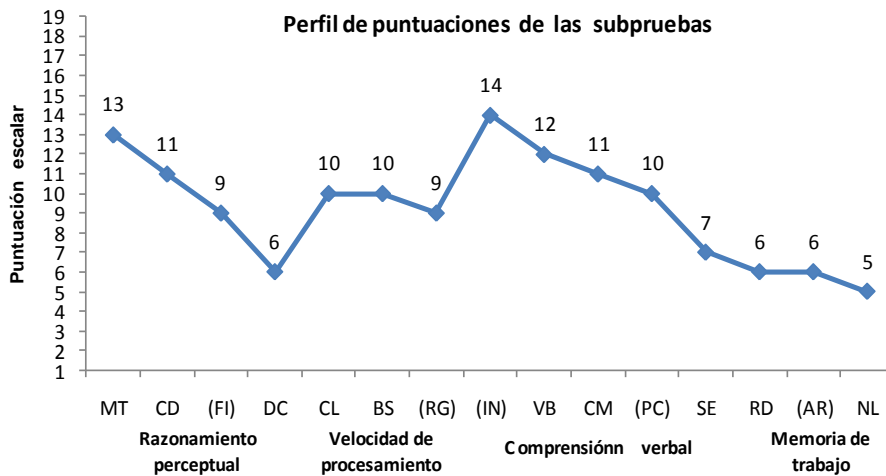
Nota: En las subpruebas de: cierre visual, posición en el espacio y copia Kalen fue capaz de realizar un mayor número de reactivos después del criterio de discontinuación, lo cual nos habla de una mayor capacidad y de su potencial de desarrollo. Sin embargo, aún con este puntaje no se encontraría dentro de lo esperado para su edad.

SUBPRUEBA	PUNT. ESTÁNDAR	CATEGORIA	EQUIVALENTE DE EDAD	COMPUESTO	COCIENTE	EQUIVALENTE DE EDAD	CATEGORIA
Velocidad visomotora	13	Arriba del promedio	11.2	Integración visomotora	98	8.9	Promedio
Relaciones espaciales	11	Promedio	10.6				
Coordinación ojo-mano	8	Promedio	7.2				
Copia	7	Abajo del promedio	6.3				
Constancia de forma	9	Promedio	8.7	Percepción visual con respuesta motriz reducida	72	5.8	Deficiente
Figura-Fondo	7	Abajo del promedio	5.7				
Posición en el espacio	5	Deficiente	6				
Cierre visual	2	Muy deficiente	4.3				
				Percepción visual general	84	6.7	Abajo del promedio



Escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV)

SUBPRUEBA	PUNT. ESCALAR	CATEGORIA	ESCALA	PUNT. ESCALAR	CATEGORIA
Matrices	13	Arriba del promedio	RAZONAMIENTO PERCEPTUAL	100	Promedio
Concepto con dibujos	11	Promedio			
- Figuras incompletas	9	Promedio			
Diseño con cubos	6	Abajo del promedio			
Claves	10	Promedio	VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO	100	Promedio
Búsqueda de símbolos	10	Promedio			
- Registros	9	Promedio			
Información	14	Superior	COMPRESIÓN VERBAL	99	Promedio
Vocabulario	12	Promedio			
Comprensión	11	Promedio			
- Pistas	10	Promedio			
Semejanzas	7	Abajo del promedio			
Retención de dígitos	6	Abajo del promedio	MEMORIA DE TRABAJO	74	Límite
- Aritmética	6	Abajo del promedio			
Sucesión de números y letras	5	Límite			
			ESCALA TOTAL	92	Promedio



Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH)

Indicadores del desarrollo

- | | |
|-----------|-------------------------|
| ✓ Cabeza | ✓ Brazos |
| ✓ Ojos | ✓ Pies |
| ✓ Boca | ✓ Brazos 2 dimensiones |
| ✓ Cuerpo | ✓ Piernas 2 dimensiones |
| ✓ Piernas | ✗ Nariz |

Nivel de rendimiento intelectual y madurez perceptomotor = *Normal a normal bajo*

Indicadores emocionales

- ✓ Sombreado del cuerpo
- ✓ Asimetría
- ✓ Figura pequeña
- ✓ Omisión de la nariz
- ✓ Omisión del cuello
- ✓ Figura grotesca (robot)

Historia

“No le gusta caminar porque es muy flojo (a mi si me gusta caminar, no me la puedo pasar acostado). Le gusta la pizza, se llama Harry, juega con su yoyo (yo nunca he jugado con uno) tiene 6 años, no le gusta ir a la escuela porque no le gusta trabajar en la escuela. Fue al parque y le compraron un helado..... Se cayó y se lastimó la pierna, se raspó y le pusieron una vendita y le dijeron que va a estar bien. Le gustan a Harry los dinosaurios. Tiene un perro, manchas, juega con él en el parque. Ya pasan muchos años, le hizo una fiesta, cumplió dos años y el mismo día cumplía Harry 7 años, se fue de viaje y si llegó su perro a Cancún (T: ¿Cómo llegó?) se lo llevaron. El perro perseguía a las palomas que estaban en la playa y Harry construyó un castillo de arena y después volvió a su casa muy feliz y en Halloween disfrazó su perro, Harry se disfrazó de esqueleto. En navidad, manchas recibió una correa y Harry recibió juguetes y con la correa lo sacaba a pasear a la calle. A Harry, digo a manchas le compraron una casita. Después a Harry le compraron una pelota para que jugara con manchas y luego plantó un árbol. Manchas tomaba la manguera y regaba las plantas cuando Harry no se despertaba y lo llevaron al veterinario para ver si estaba bien y a manchas lo bañaron pero se escapó y dejó toda la casa con sus huellas y Harry también se mojó y acaba en que manchas se enferma, lo llevan al veterinario y se recupera. Fin”. Ver anexo 2.

Test de la familia imaginaria

Plano gráfico y estructural (Louis Corman)

- ✓ Trazo fuerte
- ✓ Trazo corto
- ✓ Tipo racional

Características generales (Lluis Font)

- ✓ Dibujos pequeños
- ✓ Borraduras
- ✓ Omisión de la nariz
- ✓ Bloque parental
- ✓ Alteración en la jerarquía familiar
- ✓ Último dibujo – Padre

Ver anexo 3.

Test de la familia real

Orden de los personajes

- Kalen
- Abuelo materno
- Abuela materna
- Mamá
- Papá
- Hermana
- Corazón (lo borró porque no le gustó como quedó)
- Tía J. (materna)
- Tía M. (materna)
- Prima M.
- Abuela paterna
- Tía D. (paterna)
- Prima A.
- Prima J.

Discurso

Mi abuela no sabía cómo llegar (al centro comunitario) y yo le enseñé.

Mi abuelo (paterno) me molesta.

Mi abuelo (materno) me regaló una pistola, no es de verdad. Me compró una de gas y me va a enseñar cómo disparar.

Mi mamá es como mi abuelita.

Yo soy como mi abuelito, por eso me dibujé junto.

Mi papá tiene una rasta, se la quita cuando viene, no es así, siempre está vestido de camisa cuando se va a trabajar, tiene un cinturón y carga su teléfono, siempre me trae algo.

No me gusta mi hermana para nada, no la voy a dibujar, pero aún así la quiero, es enojona y no se parece a ninguna niña.

Mi tía J. trabaja, es buena onda, es de las que más quiero, es bonita, yo la quiero mucho.

Mi tía M. y mi tía D. no trabajan. Mi tío A. y mi tío D. si trabajan. Todos trabajan. Mi mamá, mi papá, mi abuelito, mi abuelita no.

Mi tía M. tiene una hija, M. de dos años, nació el mismo día que mi prima y no sé a qué fiesta ir.

Mi tía D. tiene dos hijas, una de dos años y la otra de 8 meses.

Mi prima A. tiene algo en el ojo, pus.

Mi prima la bebé, está con una cobija, yo pensé que nacían con ropa.

Si me dieran a elegir, elegiría a mi mamá, a mi papá, mi hermana, mi tía, mis abuelitos, no cambiaría nada.

Mis tías gruñi gruñi (M. y D.) así les digo porque se enojan mucho, pero es un secreto.

Faltan más personitas.

Tengo familia que no conozco, en E.U., en Cuernavaca, en..... Mi mamá tiene un amigo que está en Francia o en Inglaterra.

Mi abuelo A. (paterno) es malvado conmigo y con su hija pequeña.

Tengo una tía más pequeña que yo, tiene 8 años, nació antes, eso me da ventaja.

Yo voy al catecismo, me encanta ir porque aprendo.

Me faltan pocas personas pero considero que no las quiero.

Cuando mi mamá, mi papá o mi hermana lloran siento lástima por ellos. Nunca lo había visto llorar (papá), solo se queja cuando se pega. Una fue con el dentista y la otra cuando estaba dormido.

Más bueno Ninguno, todos son buenos.

Menos bueno Nadie, la bebé, siempre destruyen todo, no comprenden ni el bien ni el mal.

Más feliz J. siempre me..... así que me quiere, me sonrío.

Más triste Mi tía M. (borra la boca y la cambia) ☹ → ☺

Plano gráfico y estructural (Louis Corman)

- ✓ Trazo fuerte
- ✓ Trazos cortos
- ✓ Tipo racional

Características generales (Lluís Font)

- ✓ Sombreado
- ✓ Borraduras
- ✓ Omisión del cuello
- ✓ Alteración en la jerarquía familiar

Ver anexo 4.

Dibujo de su problema

1^{er} dibujo: “La caja de la bondad”

K: Aquí adentro se guarda lo que hay bueno y afuera está lo malo. Esta es la obscuridad que reina afuera pero no puede entrar.

Ψ ¿Y por qué hay obscuridad?

K: Porque a veces hay cosas malas y la maldad se transforma en obscuridad. Alrededor de la caja hay obscuridad y adentro está lo bueno. Entre más obscuridad haya, más se debilita la caja, pero tiene dos capas para que no penetre. Esta y esta (señala).

Ψ Entonces es fuerte la caja.

K: Ahí están las cosas malas que se escapan de los pensamientos. Demasiadas cosas que se escapan de los pensamientos (murmura).

Ψ ¿Como cuáles? (murmuro)

K: Cómo mmm piensas en algo malo y se transforma en obscuridad y cada vez hay más o menos obscuridad. La luz es lo único que debilita la obscuridad. Ahí está toda la obscuridad (se queda un rato pintando en silencio)... Ahí está toda la obscuridad.

Ψ Se ve que está bastante oscuro.

K: No está bastante porque se está destruyendo la obscuridad. Entonces hay huecos en donde entra más o poco obscuridad. Pero no puede penetrar más adentro porque es como una barrera que detiene

todo. Listo. Ahora guardamos esta pintura. Ahora le toca a mi dedo (comienza a pintar con los dedos). Adentro hay sol, por eso no puede penetrar la oscuridad.

Ψ Es un sol grande.

K: (Se queda un rato en silencio pintando)..... Las ondas solares también protegen la caja, lo que se debilita la caja es poco pero lo que se debilita es poco porque el sol también la cubre.

Ψ Las ondas solares son las que ayudan a que no pase.

K: Antes había demasiada oscuridad pero el sol la destruye, pero cada vez que se hacen pedazos, crece más la oscuridad, pero crece más pequeña y más pequeña la oscuridad no hace nada, no hace nada. Abajo del sol....

K: Yo tengo un amigo imaginario.... Se llama Wildo (personaje de caricatura).... Es alto, es rojo. Y tiene un ojo pequeño y un ojo grande y es alto y usa tenis y tiene un número uno aquí (pecho). Y también tiene, mmm, no tiene una mano y tiene una mano larga. Y no usa ropa, solo usa el número 1 aquí en el estómago y unos tenis y ya y es muy alto. Y también (murmura) cuando está triste le gusta jugar basquetbol. Cuando está feliz ayuda a todos. Y también, yo veo un programa donde sale el que se parece a mi amigo imaginario y también tiene la cara roja y tiene aquí bigotitos.

Ψ ¿Cómo se llama la caricatura?

K: Mansión Foster para amigos imaginarios..... También está otro programa que, también está este mmm cómo se llama, Eduardo. El me hace recordar a mi amigo Eduardo que perdí a mi amigo hace mucho tiempo....

K: Aquí abajo donde se encuentra la caja está la cerca. Estos son los soldados que pelean con la oscuridad para destruirla también.

Ψ Son los soldados que quieren pelear contra la oscuridad.

K: Si. Ahora va el turno de los dedos. ¿Por qué no se decolora el agua? Ya se decolora. A mí nunca me dejan pintar con los dedos.... Porque dicen que mancho todo.

Ψ Pero se puede limpiar.

K: Dicen que es mucho trabajo limpiar.

K: Es el turno de mis deditos. Esta es la cabeza de alguien que es naranja (murmura). No me salen los muñequitos, mejor lo pintamos con pincel lo que queda. Esta es su mano, esta es su otra mano, esta es su cabeza, estas son sus piernas, como son muy gigantes que viven ahí y la oscuridad es muy pequeña ellos le tienen miedo a la oscuridad. Bueno, no le tienen miedo porque son más grandes que ella. Este es otro guardián que protege la caja de la bondad.

Ψ Hay muchos guardianes. Está el sol (interrumpe).

K: La caja. Este es otro guardián que protege la caja de la bondad.

2º dibujo: "Amigo imaginario"

K: Voy a dibujar a mi amigo imaginario.... Es rojo. Vamos a poner el color rojo aquí. Se decolora el agua. Ahora vamos a agarrar el color morado (murmura) para sus zapatos. Una línea, otra línea (nombra los colores que usa y las partes que va dibujando).

Nota: No le dibuja cabeza, la que aparece es una mancha blanca que hizo al limpiarse los dedos.

Ψ Puedes ocupar las pinturas que tú quieras Brandon.

K: ☹ ¿?

Ψ Ahora ya te estoy cambiando de nombre, eres Kalen.

K: No Brandon... Yo tenía un amigo que se llamaba Brandon. El era más grande que yo. El tenía 9 años cuando yo tenía 2..... Había muchos robos seguidos y pusieron una cerca. Antes hablaba con él.

Ψ ¿En donde pusieron la cerca?

K: En medio de todos los edificios. Ahora no puedes ir con tus amigos. Pero lo sigo viendo aunque es muy grande. Lo sigo viendo por la reja.

Ψ ¿Cómo es Brandon?

K: No se, es muy grande. Tiene 19 años... No nos hablamos, solo nos saludamos. Hace mucho que nos dejamos de hablar... Porque cuando lo veo es de rápido porque él tiene que ir a su escuela. Siempre lo veo de rápido. Antes si me quedaba hablar con él cuando no estaba la reja... Pero lo puedes ver a través de la reja... Pero gracias a la reja se poncharon 14 globos de cada navidad... Se poncharon por la reja. Pero un día volvieron los asaltadores y entonces, estaba yo dormido y mi mamá escuchó unos balazos. Era mi abuelito el que estaba dando balazos... Porque tiene armas y fue militar... Solo estaba dando balazos para romper la chapa. El ladrón estaba en una casa y como no dejaba entrar a nadie mi abuelito lo contacto con su nextel que tenía, entonces se subió rápido y como no quería abrir la puerta tuvo que dar de balazos para abrirla. Mi abuelita L. vio todo eso y le habló a mi papá. Entonces de repente mi abuelito le habló y entonces ya, luego ahí le habló a mi mamá y ahí sabíamos que mi abuelito estaba dando de balazos. Y entonces como ahí estaban poniendo las rejas, yo tenía 5 años y entonces como ahí estaban poniendo las rejas los ladrones se echaron a correr y saltaron del 5º piso. Y como estaban las rejas, ahí estaba mi casa en frente de las rejas. Porque antes yo vivía en otro edificio. Entonces ahí estaban los ladrones y saltaron para mi casa. Y se echaron a correr. Y nadie sabe donde están. Pero solo supieron que se cruzaron a mi casa.

Ψ Pero ya se fueron.

K: Pero nadie saben donde están. Todavía siguen robando autos. Mi abuelito le prestó un bocho a mi papá y al otro día se lo robaron.

Ψ ¿Y tú te diste cuenta?

K: No, mi mamá estaba llorando y fue así como me enteré. También a mi papá le robaron un coche. El único coche que tenía. Después de ese coche robado, tenía mi regalo, tenía todos mis regalos de cumpleaños. Solo pude rescatar 4 de 15 regalos. Rescaté pocos. Esa fue la primera vez que estaba ilusionado fue cuando inventé mi amigo imaginario.

Ψ ¿Por qué estaban ahí los regalos?

K: Porque eran regalos sorpresa. Si, después me dijeron que eran regalos sorpresa. Rescaté un globo, una piñata, un little people, pero ahora ya se los doné a mi prima.

Ψ ¿Cómo los rescataste?

K: Estaban tirados en la calle. Si pero yo tenía el tren conmigo. Mi papá tenía el tren porque le gustó conservar un regalo. Porque agarró un regalo para dármele antes. Entonces ahí ya tenía 4. La piñata que era de mi cumpleaños la aventaron.

Ψ ¿Y cuántos años tenías?

K: No sé. Me acuerdo de poco. Yo creo que tenía 2 años. Recuerdo que mi primo A. tenía 9 años pero ahorita tiene 17 años. Y mi primo T. también estaba ahí pero estaba muy pequeño, tenía como unos 5 años, pero ahora tiene 12. Mi primo C. tenía en ese entonces, mmm ¿cuántos? Tenía 6 años C... Y ahora C. tiene 14 años. Y toca la batería. Mi primo toca la guitarra y el otro toca el bajo. Tocaron una vez pero como se equivocaron muchas veces entonces los cancelaron. Y ahora no pueden tocar.

Ψ Estás dibujando tu amigo imaginario.

K: Pero no me sale como es. Pero no es un ojo volador... Esto es arte. Arte para mí. A mí me gustaba pintar países de colores, de todos los colores, pero era un batidillo. Me gustaría poder hacer eso, pero no (murmura)

Ψ ¿Te gustaría qué? (murmuro)

K: Poner todas las pinturas en una hoja.

Ψ Puedes hacerlo si quieres.

3^{er} dibujo: “Subterra y tripterra”

K: Mi abuelita tiene hojas reciclables... Saca copias de hojas. Mi abuelita siempre carga una hoja vieja con ella. La original la deja en su casa por si se la roban se llevan la copia falsa. No es muy fácil encontrar esas hojas.

Ψ ¿Son de algo especial?

K: Son de cosas..... Mi abuelito tiene balas en su casa.

Ψ ¿Y a veces las usa?

K: No. Nunca las usa. Solo las esconde para cuando hay algún ladrón. También pone una alarma en su casa porque tiene muchas cosas de valor. Cuando alguien abre la puerta de su casa suena piii. Por eso nadie puede entrar a su casa porque necesitas el código.

Ψ ¿Tú te sabes el código?

K: No, pero no quiero saberlo, hasta que sea grande.

K: Es una obra de arte. Pero no obra de arte perfecta. No tiene que... Necesita tener mucho color.

Ψ Tenemos unos 10 minutos más.

K: ¿Crees que acabe mi dibujo en ese tiempo?

Ψ ¿Tú qué crees?

K: Yo creo que no mucho. Más amarillo, más color rojo.

Ψ Bueno, no te preocupes, sino lo terminaras lo puedes terminar para la siguiente sesión.

K: Más colores, más colores, más colores. Me encantan los colores. Los colores que más me gustan son: rojo, azul y verde... También me gustaba el negro pero manchaba todo.

K: (Comienza a mezclar colores) Yo inventé el color subterra.

Ψ ¡Órale! Que ingenioso eres.

K: También inventé el amazul (azul con amarillo). Inventar colores es como una experiencia única en el mundo. Es como si pudieras experimentar otro mundo de colores. Color tripterra. Estas son las obras de arte de Kalen (coloca su nombre a los dibujos).

Ver anexo 5, 6, 7 y 8.

Test de Apercepción Temática infantil con Animales (CAT-A)

1. Son unos pollitos comiendo en una mesa. Pero su mamá no está porque aquí está su sombra y están comiendo gusanos.

Ψ ¿Dices que no está su mamá pero está su sombra?

Si está pero está detrás de ellos.

Gusanos (murmura) comen gusanos y pedazos de pan, comen gusanos y pedazos de pan. Este come pan y este come gusanos y este come pan. Todos comen pan pero a ninguno les gusta los gusanos. Su mamá hace que se los coma pero ellos no quieren comérselos.

Ψ ¿Por qué no quieren comérselos?

Porque ellos no comen gusanos.

Ψ ¿En qué va a terminar la historia?

En que su mamá hace que uno coma un gusano, pero cuando se dio cuenta el que comió un gusano vio que el gusano le creció la panza y que mordió pollitos y ya todos comieron gusanos y pan y ya la acabé.

2. Había una vez un zorro tramposo que en todas las actividades que hacía siempre hacía trampa, y un día el rey oso quiso hacer una carrera con el zorro tramposo pero él siempre hacía trampa porque atrás venía un oso, pequeño, entonces el rey oso perdió porque ¡él! es tramposo, el zorro, y después, se dieron cuenta que él era un tramposo y le quitaron todo lo que les había quitado el zorro, y después todos fueron felices porque el zorro les devolvió lo que, lo que ellos les quitó el zorro, porque cuando hacen una carrera perdieron todo lo que tenían, como perdió él le dio su reino y cuando vieron que era un tramposo les devolvió todo lo que habían perdido todos. Este oso también hizo una carrera con el zorro pero como era muy pequeño también perdió y se volvió esclavo del zorro, y ya no hay más historia.
3. ¡Eh! El rey león ☺ Había una vez un león que tenía hambre y que y que. Había una vez un león que era rey pero como estaba solo siempre nadie lo podía hacer reír hasta que un día un ratón lo hizo reír porque se cayó, entonces, el rey ya se puso feliz y como en su reino nunca había sol siempre había lluvia y tormenta, empezó a salir el sol y se fueron las nubes, y todos estaban felices porque ya no había más obscuridad y es todo lo que tengo que decir.
Ψ ¿Por qué el rey no reía?
Porque era un rey enojón.
Ψ ¿Y había algo que lo hiciera enojar?
Estar solo.
4. Había una vez una mamá canguro que fue al centro comercial a comprar cosas y entonces compró comida y muchas cosas y entonces le compró un triciclo a su hijo y después llegaron a su casa y con lo que había comprado comieron en el centro comercial mientras ella cocinaba, ellos estaban jugando afuera y después su pelota, su globo se ponchó y empezó a llorar y entonces la mamá canguro los llevó otra vez al centro comercial para comprarle otro globo al bebé canguro y ya se acabó.
5. ¡Hay! Había una vez un ¡hay! Había una vez unos bebés osos que tenían su casa que dormían en su... y después le tenían miedo a la obscuridad y llorando en la noche se fue con su mamá y le dijo que si podía prender una luz y que si podía dormir con ellos y ellos prendieron una luz porque ya nunca tuvieron miedo los bebés osos y ya no tengo más historia por ahora.
6. ¡Eje! ☺ Había una vez unos osos que tenían que invernar hasta que se acabara el invierno pero el bebé no quería invernar porque era muy largo el tiempo que tenía que invernar y él se puso a jugar en la nieve y después se perdió en la nieve y después de muchos años cuando, digo después de mucho tiempo cuando bajó la nieve el oso no supo regresar a su casa y después de muchos años encontró su casa pero ya no había nadie. Y un día y se quedó ahí, hasta que cuando volviese el invierno sus papás regresaron a esa cueva de invernación y les dijo: ya nunca me volveré a alejar ¡yo! invernaré y ya nunca volveré a jugar en la nieve cuando es tiempo de invernar.
7. Había una vez un tigre malvado que atrapó un changuito, pero el changuito le dijo: déjame ir, déjame ir y si me dejas ir algún día te devolveré el favor, entonces lo dejó ir al changuito. Después de mucho tiempo, de muchos años, al león lo atrapó un cazador, entonces el mono se lo volvió a encontrar y entonces le dijo: sálvame amigo y entonces cortó las cuerdas y el changuito y pudo escapar el león y se volvieron amigos el changuito y el león, bueno, el tigre, ya se acabó.

8. Había una vez unos monos que como hacía tanto frío tenían que mudar a todas partes, y un día uno de los dueños de una casa se fue a la playa los changuitos se metieron a su casa y la destrozaron y la hicieron pedazos y cuando volvió el dueño vio a los tres, a los cuatro changuitos y después los changuitos se tuvieron que ir a su casa y el señor los llevó a su hábitat natural, ahí vivieron felices.
 Ψ ¿Y cómo se sintió el señor de que hayan destruido su casa?
 Muy mal.
 Ψ ¿Y qué hizo?
 Los devolvió a su hábitat natural.
9. Había una vez un bebé conejo que tenía miedo en su casa y siempre dejaba la puerta abierta de su cuarto hasta que un día ya no le tenía miedo a la obscuridad y pudo cerrar la puerta y pudo descansar en paz el bebé conejo. Bueno, se durmió el conejo.
 Ψ ¿Y cómo le hizo para descansar?
 Cierra, tomándose una medicina que no le hacía ver la obscuridad, cerró la puerta y ya se acabó el cuento.
10. Había dos perros, había muchos perros que estaban en la calle y los vendía y entonces un señor se llevó dos perros y entonces los perros se portaban muy mal y cuando los bañaban se escapaban los perros, mojaban toda su casa hasta que un día su hijo del señor creció y entonces le dio un perro, el perro pequeño y así el señor ya no tuvo mucha molestia en tener un perro aunque si..... el perro con el que se quedó el señor se portaba bien y le dio a su hijo al perro que se portaba mal. Un día el perrito entraron unos ladrones a su casa del señor, digo la casa del hijo del señor entonces le iban a disparar al señor, entonces el perrito le mordió y entonces el perrito ya se iba a morir y todos le tuvieron mucha lástima y todos le tuvieron mucha confianza al perro porque el perro había salvado al señor e hicieron todo lo posible para recuperar al perro y lo lograron y entonces el perro volvió a su estado normal, el perrito ya había tenido hijos el perrito y le ya fue abuelito y se acabó el cuento.
 Tengo otro cuento. Era un perro que es necio que nunca se quiere bañar ni cepillar y entonces su mamá lo cepillaba lo cepillaba y a veces decía: no mamá no, no, no, digo, había un perro que nunca tenía sueño y le dijo a su mamá: mamá, mamá no tengo sueño pero tu pelo debes cepillar y le dijo: mamá no tengo sueño aún, pero un plato de leche debes tomar y se quedó dormido y se acabó el cuento.

Test de Frases Incompletas para niños (FIS)

ACTITUD HACIA SITUACIONES PLACENTERAS

- | | |
|---|---|
| 1. Carlitos era feliz cuando..... | El ninja apareció. Cuando comía dulces. |
| 2. Nada le gustaba tanto como..... | Pasear a su perro. |
| 25. Cuando estoy descansando me gusta | Soñar. |
| 36. Lo que más le gustaba a ella era | Bailar. Boz light year. |
| 40. El estudio que más le gustaba era | Historia. |
| 54. Me gusta..... | Los videojuegos. |
| 60. Me sentía feliz cuando..... | Era mi cumpleaños. |

ACTITUD ANTE DESEOS Y ASPIRACIONES

5. Lo que más quería Miguel era Legos
11. Yo quisiera ser como..... Mi papá, Súperman.
28. Ramón gusta de..... Helado.
41. Siempre he deseado..... Ser rico.
57. Yo prefería..... Ir, jugar con mis amigos.

ACTITUD ANTE MAYORES Y AUTORIDAD

3. Cuando Diego sintió venir a su maestro Alegría.
9. Cuando le dijeron a Enrique que se fuera a su lugar..... No hizo caso, se puso triste.
15. El hecho de que no supiera lo que le preguntaban..... El respondía a lo menso, bueno, a lo tonto.
46. No quiso decididamente hacer..... Aventarse del rapel, eso nunca lo haré, nunca, nunca. Si me obligan será por la fuerza.
53. Víctor era mandado por..... Su mamá y su papá.

ACTITUD ANTE IGUALES Y MENORES

6. La hermana de Juan Va al kínder.
16. Luis piensa que los niños..... Son sus amigos porque no puede pensar otra cosa.

ACTITUD ANTE EL GRUPO FAMILIAR

24. La familia de Ricardo..... Estaba muy desconcentrada.
34. Mi papá..... Va a trabajar.
38. Mi mamá..... (se queda callado) es muy trabajadora.
39. Se burlan de él porque su hermano Hizo una tontería.
47. Lalo quiere estar con..... Su mamá.

ACTITUD ANTE SITUACIONES DISPLACENTERAS O DISGUSTO

7. David se enoja cuando Le rompen sus cosas.
10. Lo que a César le molestaba más era..... Que entraran a su casa, que su hermana agarrara sus cosas.
12. Enrique está muy enojado porque..... (se queda callado) no se me viene nada a la mente, su perro escapó.
14. Juanito pensó con desagrado Que su sillón estaba feo.
48. Es molesto Comer con la boca abierta.

ACTITUD ANTE TEMORES E INADECUACIONES

8. Le tengo miedo a..... Las arañas.
13. Pepe está intranquilo porque..... Su papá se fue a la guerra.
17. Cuando Luis se da cuenta de que lo hacen mejor que él.... El quiere hacerlo mejor.
23. Cuando Raúl hace algo mal El quiere perfeccionarla.
26. Luis sabe que le fue mal por..... Sacó cero.
30. No sabía cómo hacerle para..... Lavar los trastes, le ayudo a mi abuelita y ella me paga por lavarlos y con eso me compro legos.
31. Alejandro no hubiera hecho nada por..... Su hermana.

44. Al saber que era peligroso..... Se apartó de él.
 49. Ricardo teme..... A las arañas.
 50. Sergio quiere olvidar..... Lo que pasó ayer.
 51. Mi mayor preocupación..... El calentamiento global y la sequía de agua.
 55. La mayoría de mis amigos no sabe que yo..... Soy un perro.
 59. Lo peor de todo es que..... Quedarte solo.

SENTIMIENTOS DE APOYO, ABANDONO E INADECUACIÓN

18. Cuando Alejandro se daba cuenta de que lo hacían a un lado en las fiestas El lloraba.
 21. Dándose cuenta de que nadie lo iba a ayudar..... El se ayudó a sí mismo.
 22. Lo que más me ha ayudado hasta ahora..... Es mi inteligencia.
 33. Beto hubiera podido hacerlo sin..... Su mamá.
 37. Siempre que decía algo Eduardo dice..... Au.
 42. Se siente apoyado cuando..... Está en un partido de fútbol.

ACTITUD ANTE TRISTEZA Y MOLESTIA

29. Nada es tan triste como..... Un perrito se muere.
 32. Ricardo sufría..... Porque estaba enfermo.
 35. Jorge se quedó triste después de..... Un accidente.
 56. Es penoso..... Hablar en público, como cuando me dio mucha, mucha pena cuando actué en la obra, me dio miedo. Cuando tengo miedo la voz se me hace gruesa.

AUTOIMAGEN Y VALORIZACIÓN

19. Cuando era chiquito..... Comía papilla o bebía mamila.
 20. Yo siempre traté..... De portarme bien.
 27. Yo me siento..... Feliz como una lombriz.
 43. Una vez Daniel se puso a pensar que él era muy..... Enojón.
 45. Pero no sabía que..... Peligroso.
 52. Si yo..... Tuviera un avión.
 58. No sé cómo llegué a..... Cuernavaca.

¿Qué cosa te gustaría ser?

Un pájaro para poder volar al cielo, poder ir hacia donde quiera siempre he querido ver el cielo. O ser un pez y ver a la profundidad del mar y saber lo que nunca han descubierto.

Test de las Fábulas de Düss

1. Fábula del pájaro.

¿Qué hará el pajarito pequeño?

Llegar a la rama que alcance o refugiarse dentro de un hueco que está dentro de un árbol o refugiarse en la tierra debajo de una rama.

2. Fábula del aniversario de bodas.
Durante la fiesta el niño se levanta y va solo al fondo del jardín. ¿Por qué?
Para comprarle su regalo pero mmm solamente eso.
3. Fábula del corderito
¿Qué hará el corderito?
Llorar y comer hierba fresca, solamente eso.
4. Fábula del entierro.
¿Quién es el que ha muerto? ó ¿Quién es el que se fue?
No sé. Un abuelito que ya estaba muy viejo.
5. Fábula del miedo.
¿De qué tiene miedo?
De la obscuridad porque yo le temo a la obscuridad y siempre duermo con la luz prendida (se apena y se tapa los ojos)
Ψ ¿Por qué te tapas los ojos?
Borra eso, borra eso (grabación).
Ψ ¿Quieres que lo borre?
No, mejor no porque nos tardaremos más.
6. Fábula del elefante.
¿Qué es lo que ha cambiado y por qué?
Porque ya cambió con el tiempo.
Ψ ¿Y qué cambió?
Que se hizo más grande y que no cabía. ¡Aquí (consultorio) no cabe un elefante!
Ψ No, aquí no cabe un elefante.
No, pero un bebé sí. Uno pequeño destruiría esto. Me gustan los elefantes, no me hacen daño
Ψ ¿No te hacen daño?
Me gustan los delfines. Encontraron unos delfines rosas un día.
Ψ ¿En donde encontraron delfines rosas?
50 delfines rosas en un río de agua dulce.
Ψ ¿Y apoco si existen los delfines rosas?
Ajá, yo lo vi. Eran rosas y no café con blanco.
Ψ ¿Dónde los viste?
No los vi, los vi en la TV
Ψ Qué raro, yo nunca he visto delfines rosas.
Yo sí pero en la TV pero no me gustó, alteraron su ADN, tal vez si, tal vez no, tal vez solo fue una confusión, tal vez evolucionó, hay muchas razones.
7. Fábula del objeto fabricado
Su madre le pide que se la dé pero no le obliga a hacerlo ¿Qué hará?
Un amigo de barro que no sea imaginario porque puede hacerlo de barro así que no, si puede hacerlo un amigo. Yo tengo muchos amigos guardados en la caja (legos) y en el carro y en la escuela pero hoy no fui a la escuela así que solo tengo los de mi casa. ¿Te enseñó algo que se me ocurrió? (muestra su un lego en forma de pulpo que atrapa a otro lego). Mejor continuamos.

8. Fábula del paseo con el padre/madre

Cuando vuelven a entrar en casa, el niño se da cuenta de que el papá no tiene la cara de siempre ¿Por qué?

Porque no avisó que se iban a ir, solo por eso y porque se enojó y porque estaba solo y porque no sabía a dónde habían ido, esa es la única razón que, espera, hay algo escrito (se distrae con sus legos).

9. Fábula de la noticia

¿Qué es lo que la mamá va a decirle?

No sé.

Ψ ¿Tú qué crees?

Que le compró algo y será una sorpresa.

Ψ ¿Y qué crees que sea?

Una fiesta sorpresa. Y que también tenía un regalo sorpresa pero tenía que buscarlo en el jardín.

10. Fábula de la pesadilla

¿Qué es lo que ha soñado?

Una pesadilla con payasos. Hay gente que le teme a los payasos como mi hermana porque vio una vez un pedazo de película de payaso de una palabra fea, que es el payaso m a l d i t o (deletrea).

Ψ ¿Maldito? ¿Así se llamaba el payaso?

Mmm a mi no me gusta hablar de eso por eso lo deletreo

Ψ ¿Y en donde escuchaste esa palabra?

En la película. Yo no sé qué significa..... No sé qué significa, no sé, no comprendo.

Lo que pienso y siento (CMAS-R)

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
I	6	21	42
II	2	16	7
III	3	39	9
IV	1	22	7
TOTAL	8	96	15

INTEGRACIÓN DE RESULTADOS

Área perceptomotora

Kalen presenta indicadores de *inmadurez y daño neurológico* debido a factores orgánicos. El tipo de errores que presenta son: distorsión de la forma, rotación, integración, desproporción y perseveración, los cuales explican sus problemas en el desempeño de la lecto-escritura, pues no percibe de manera adecuada los estímulos y tiene dificultad para reproducirlos lo que hace que su desempeño sea pobre y disminuya su motivación al logro.

Una forma de compensar las formas que se le presentan y que desconoce, Kalen tiende a formar figuras con ellas para que pueda reconocerlas y manipularlas.

Su mayor dificultad es en *cierre visual*, es decir, le cuesta trabajo reconocer objetos cuando se presentan de manera fragmentada o parcial, por lo que no puede *integrarlos* lo cual explica por qué Kalen presenta dificultades en la lecto-escritura pues para esta actividad se necesita leer las palabras completas y no letras aisladas.

Muestra dificultad para comprender los conceptos que indican *posición en el espacio*, es decir, izquierda, derecha, antes, después, etc. Esto explica también por qué Kalen tiende a *rotar* los objetos pues al no poder apreciar correctamente la dirección de estos tiende a rotarlos.

Su capacidad para discriminar entre *figura-fondo*, es decir, para diferenciar entre los detalles esenciales de los no esenciales está disminuida, por lo que Kalen tiende a distraerse fácilmente con estímulos irrelevantes. Esto explica por qué Kalen se muestra desatento y descuidado en sus tareas escolares, se le dificulta encontrar el lugar correspondiente en un texto, omite secciones o no puede resolver problemas conocidos si aparecen en una página muy apretada, ya que tiene dificultad para seleccionar detalles importantes. Esta desorganización también puede ser explicada debido a factores emocionales.

Tiene dificultad para *copiar* palabras, oraciones o problemas aritméticos debido a su dificultad en la percepción visual.

Estas deficiencias que presenta Kalen afectan tanto su motricidad (fina y gruesa), la percepción visual como el aprendizaje.

Una de sus habilidades es *velocidad visomotora*, es decir, Kalen es capaz de realizar las actividades de manera rápida pero con poco control de sus movimientos; así como es capaz de reconocer algunos errores y corregirlos.

Área intelectual

El Índice de Razonamiento Perceptual (IRP), el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP) y el Índice de Comprensión Verbal (ICV) se ubican en la categoría promedio, en tanto que el Índice de Memoria de trabajo (IMT) se encuentra en el límite. Y la escala total (CIT) se encuentra dentro del promedio.

En el *índice de comprensión verbal* se observa que Kalen tiene dificultad para distinguir entre características esenciales de las no esenciales. Ha logrado buenas habilidades lingüísticas pues tiene un manejo adecuado del vocabulario. Posee una capacidad mayor comparado con sus iguales para adquirir y recuperar información escolar como del medio. Es capaz de utilizar la experiencia pasada y

conservarla por un periodo largo. Tiene una adecuada capacidad de aprendizaje y comprensión auditiva y conoce las normas sociales.

En el *índice de velocidad de procesamiento* se observa que es capaz de recordar por un periodo corto lo que percibe, discriminar visualmente los objetos y posee flexibilidad cognoscitiva.

En el *índice de memoria de trabajo* se observa que Kalen tiene dificultad para concentrarse y mantener su atención por un periodo largo, lo cual hace que se le dificulte realizar operaciones mentales, pues estas requieren de manipulación y formación de imágenes visoespaciales. Su memoria a corto y largo plazo se ven afectadas por su pobre capacidad para atender a las cosas. Y tiene dificultad para formar conceptos no verbales y organizar el material. Esta dificultad para concentrarse se hace más evidente cuando tiene muchos estímulos a su alrededor, por ej. en el salón de clases, sin embargo, cuando se trabaja de uno a uno, es decir, de manera individual es capaz de mantener su atención por un periodo mayor.

Kalen cuenta con los recursos cognitivos necesarios para rendir adecuadamente en la escuela pues sus habilidades para el análisis, síntesis y razonamiento se encuentran por arriba del promedio. Estas habilidades se han visto afectadas por las expectativas desfavorables que tienen los demás respecto a él, por el pobre autoconcepto que se ha formado de sí mismo y por la falta de estimulación del entorno.

Área socio-afectiva

Kalen es un niño *tímido, inseguro y retraído* por lo que prefiere refugiarse en su *fantasía*, pues es en ésta donde se siente seguro y cómodo. Esta fantasía es nutrida por los *impulsos*, es decir, por la demanda de *necesidades insatisfechas*.

Algunas de las necesidades que imperiosamente busca satisfacer son: *afecto, atención, cuidado y protección*, entre otros.

Kalen *se percibe* a sí mismo como diferente e inadecuado por no cumplir con las *expectativas* de los demás (papás y profesores). Y cuando no las cumple (como rendir en la escuela, portarse bien, no robar ni destruir) Kalen cree que es un niño “*tonto*” y “*malo*” y por lo tanto su autoestima se ve afectada.

Kalen desearía ser *aprobado* por los demás por lo que tiende a mostrarse *complaciente*, no obstante, también es capaz de expresar *agresividad* cuando se siente agredido, sin embargo, constantemente intenta reprimir estos impulsos pues le parecen demasiado amenazantes y entonces recurre a la *formación reactiva* como una defensa contra sus propios impulsos agresivos.

Kalen ha desarrollado un *Superyó muy punitivo* al no permitirse expresar tanto impulsos sexuales como agresivos, pues estos le originan *culpa* y lo llevan a creer ser merecedor de castigo, por lo que esto explica el *temor* que presenta hacia el *infierno* y las *autoagresiones* hacia su persona.

La *conducta agresiva* que presenta Kalen está relacionada con la dinámica familiar que vive: estrategias disciplinarias a través de castigos donde se polarizan roles: el más y menos castigador; la violencia de los padres caracterizada por agresiones verbales y físicas; agresiones de la familia extensa y por el contexto sociocultural (amistades y alcoholismo de los padres).

Kalen presenta *baja autoestima* y esta puede ser explicada por diferentes factores: el bajo rendimiento escolar, el rechazo de los demás (padre, hermana, compañeros y profesores) y el tipo de relación que tiene con sus padres (descalificaciones constantes y agresiones verbales) hacen que Kalen se sienta inseguro y su autoestima se vea afectada.

Kalen es capaz de identificar *emociones* pero tiene dificultad para *autorregularlas* y entonces las *proyecta* en los demás.

Muestra *baja tolerancia a la frustración* cuando no obtiene lo que desea por lo que se enoja fácilmente, no obstante, es capaz de buscar alternativas para lograr lo que desea, sin embargo, es importante tener cuidado en este aspecto pues a veces con tal de conseguirlo no siempre considera la forma en cómo obtiene las cosas ni las consecuencias de sus actos.

Muestra *ansiedad* debido a la *inestabilidad emocional* que presenta y a la ambivalencia que vive en su ambiente familiar. Cuando se siente ansioso se muestra *rígido, tenso y mueve las manos*. Esta *tensión* también la expresa en el *chasquido de los dientes* cuando duerme, además de que también éste es un signo de sentimientos reprimidos inconscientes de agresividad.

Algunos de sus temores son: la obscuridad, los fantasmas, las arañas, los bichos, el calentamiento global y el infierno.

Algunos de estos temores están relacionados con una *sexualidad* mal encaminada que le genera culpa (posiblemente por la masturbación), además de que le genera culpa la triangulación en la que se encuentra con sus padres, pues aún no ha podido resolver el *Complejo de Edipo*.

El tipo de relación que se ha establecido en su *familia* es de *dependencia* y con *límites pocos claros*, lo cual ha desarrollado en Kalen un *apego desorganizado* y ha dificultado que pueda formar nuevos vínculos con sus pares, por lo que tiende a mostrarse hostil con ellos.

Percibe a su familia productiva pero con muchas *dificultades para comunicarse y contactarse emocionalmente*. El ambiente familiar lo percibe *violento y hostil* por lo que esto le origina mucha *angustia* al vivirse en peligro constante y pensar que también puedan hacerle daño a él. Esta situación le genera mucho *enojo* al no poder sentirse *seguro* ni querido en su propia familia, por lo que una forma de expresarlo es orinándose en cualquier parte de la casa cuando presenta sonambulismo.

Kalen se siente *rechazado, poco valorado y escuchado* por sus padres. Teme al abandono y a no ser querido ni aceptado por ellos.

Por otro lado, al encontrarse sus padres en una lucha constante por el *poder*, donde se traicionan y se hacen daño el uno al otro, Kalen termina *sometiéndose* y siendo el *chivo expiatorio* para que la familia permanezca.

La relación que tiene Kalen con su *madre* es de *ambivalencia* pues por un lado desea estar con ella y por otro cree que no la necesita; además de que el afecto y la aprobación *dependen* del estado de ánimo de la madre. La percibe *castrante, agresiva e impositiva*, lo cual le genera mucho enojo, angustia y dolor.

La relación que tiene con su *padre* es de *agresividad* y de poco contacto, por lo que tiende a *devaluarlo* y esto hace que no se haya podido identificar con él. Lo percibe como alguien que no siempre se muestra como en realidad es.

La percepción que tiene de la *figura masculina* está distorsionada, pues la mayoría de los hombres que conoce (padre, abuelos, tíos, profesores) son *violentos y agresivos*, por lo que esto lo lleva a temer a sus propios impulsos agresivos, sin embargo, es importante que comprenda que el que sea hombre no quiere decir que su naturaleza sea destruir.

Posee sentimientos ambivalentes hacia su *hermana* y tiende a rivalizar con ella por el amor de sus padres.

La figura más importante para Kalen es su tía J. a quien ama y admira. A su abuelo paterno lo percibe hostil y amenazante el cual le genera mucha angustia. Las personas menos significativas para Kalen son sus tías M. y D. a quienes percibe como enojonas y poco productivas.

Respecto a las *figuras de autoridad* en ocasiones puede mostrarse *rebelde* (no haciendo caso o “*respondiendo a lo menso*”) o puede apegarse a las normas como una forma de obtener lo que desea o para evitar ser *agredido*.

La inestabilidad que presenta Kalen en su persona puede ser explicada por las deficiencias en el Yo de la madre, pues al no tener una base firme que le brinde una *estructura psíquica fuerte*, Kalen tiende a *despersonalizarse*. Además de que las situaciones estresantes que vive en casa (violencia) también lo desorganizan, aunado a esto la familia poco diferenciada y sin límites claros.

Finalmente el *movimiento de manos* que presenta se debe a un *conflicto interno* entre sus pulsiones (lo que desea) y las normas (lo que debería hacer).

El movimiento surge cuando se presentan las fantasías de *aniquilación* (muerte y destrucción), cuando hay un *conflicto* (relación de los padres), ante el miedo a sus *impulsos agresivos*, ante la dificultad para *autorregular* sus emociones (“*estoy emocionado, me desespero, tengo miedo*”) y ante las dificultades que presenta en la *coordinación visomotriz* (“*cuando no los puedo parar <soldados> entonces los muevo con la imaginación*”).

Así como también es un recurso que ha desarrollado Kalen para obtener lo que desea (*necesidades insatisfechas*), lo que también le generan *ganancias secundarias*.

DIAGNÓSTICO

Kalen presenta problemas de aprendizaje, ansiedad y trastornos del sueño (terrores nocturnos y sonambulismo). Además de daño neurológico y ser víctima de maltrato.

Según el DSM IV-TR se diagnostica un *problema de aprendizaje* cuando el rendimiento del niño en lectura, escritura o matemáticas es sustancialmente inferior al esperado para su edad, escolarización y nivel de inteligencia. Estos trastornos de aprendizaje interfieren de manera significativa con los logros académicos y con las actividades de rutina diaria, que requieren de habilidades de lectura, matemáticas o de escritura.

Según Solloa (2006) la *ansiedad* se refiere a un fenómeno afectivo intenso, pero difuso; es un estado semejante a la expectación del peligro y una preparación mental para el mismo. Esta puede tener manifestaciones somáticas (trastornos del sueño, enuresis y encopresis, síntomas hipocondriacos: opresión en el pecho, sudación, taquicardia, piloerección, hiperventilación e hipertensión), manifestaciones cognitivas (fobias, obsesiones, fantasías, ideas o aprensiones de lo que puede suceder, o lo que aconteció en el pasado) y manifestaciones conductuales (inquietud, agitación psicomotriz, hiperactividad e inatención, tics, distractibilidad, inhibición y aislamiento, entre otras). La ansiedad en los niños tiene mucho que ver con el clima emocional en la familia.

Kalen presentaba terrores nocturnos y sonambulismo que son clasificados como trastornos del sueño. Según el DSM IV-TR la característica esencial de los *terrores nocturnos* es la aparición repetida de despertares bruscos que generalmente están precedidos por gritos o llantos de angustia. Estos episodios se acompañan de activación vegetativa (taquicardia, taquipnea, enrojecimiento, sudación, dilatación pupilar y aumento del tono muscular) y manifestaciones comportamentales de miedo intenso. Es típico

que durante uno de estos episodios el niño se siente bruscamente en la cama y empiece a gritar o a llorar, mostrando una expresión fácil de terror y signos vegetativos de intensa ansiedad.

Por otro lado, el DSM IV-TR establece que la característica esencial del *sonambulismo* es la existencia de episodios repetidos de comportamientos motores complejos que se inician durante el sueño y que implican que el niño se levante de la cama y empiece a andar. Durante estos episodios, el niño presenta ausencia de expresiones, disminución del estado vigil y de la reactividad a los estímulos, mirada fija y perdida, y ausencia relativa de respuesta al diálogo o a los esfuerzos que emprenden los demás por despertarlo.

Algunas de las consecuencias del *maltrato infantil* son: depresión, baja autoestima, desconfianza hacia las personas, pobre integración en el grupo de iguales, agresividad, desesperanza, escasas habilidades de afrontamiento, pobre desempeño académico, dificultades en el control de impulsos y regulación emocional. También tienden a incorporar un modelo negativo de representación interna de las figuras de apego, lo cual puede afectar el desarrollo del sentido de sí mismo y las relaciones con otros, escasa socialización y déficit en las habilidades sociales (Cicchetti y Barnett, 1991; Cichetti y Lynch, 1993; Cichetti y Rosch, 1997, Darwish, Esquivel, Houtz y Alfonso, 2001; Dubowitz et al., 2005 en Morelato, 2011).

NUCLEOS DE INTERVENCIÓN

Kalen

- ☺ Crear un ambiente de confianza y respeto favoreciendo la *alianza terapéutica* a través de:
 1. Conocimiento más realista de su problema.
 2. Percibir que puede ser ayudado.
 3. Compromiso en el proceso terapéutico (constancia).

- ☺ Promover la *constancia* para darle mayor seguridad y estructura que le permita organizarse, anticipar y planear.
 - A través de la asociación entre las sesiones y haciendo un cierre cognitivo en cada sesión.
 - Respetando el encuadre y haciéndole saber que los compromisos se cumplen.
 - Haciéndole saber que se le espera a la hora de la sesión, que la terapeuta está presente, es constante y predecible.

- ☺ Descentrarlo de su mundo de *fantasía* a través del contacto consigo mismo en el aquí y en el ahora, reflejando emociones, actitudes y conducta.

- ☺ Expresión de *emociones* para autorregular su conducta, así como ayudarlo a tener un mayor contacto con sus *deseos y necesidades*.

- ☺ Fortalecer su *autoconcepto y autoestima* descubriéndose un niño diferente y especial.

- ☺ Nutrir la relación con su *hermana* a través del acompañamiento, la cooperación y la complicidad.

- ☺ Desarrollar mejores *habilidades sociales* a través de la empatía y solución de problemas para desarrollar nuevos vínculos y una mejor adaptación al entorno.

- ☺ Trabajar la identificación de valores de la *figura masculina*.
- ☺ Identificar espacios seguros y fortalecer redes de apoyo para adaptarse de manera más sana a su entorno *familiar*.

Mamá

- ☹ Trabajar la *resistencia* para el trabajo terapéutico y la *negación* de la madre respecto a las dificultades que presenta Kalen fomentando la *responsabilidad y compromiso* en la madre.
- ☹ Fomentar la *constancia* para darle mayor *seguridad y estructura* a Kalen.
- ☹ Ayudarla a ser más responsiva ante las *necesidades* de Kalen.
- ☹ Orientarla sobre el establecimiento de *normas y límites*.
- ☹ Favorecer la relación entre *hermanos*.
- ☹ Trabajar la problemática de *género* al rivalizar por el cariño de los hijos (padre-hija; madre-hijo) - Triangulación edípica intensificada.
- ☹ Tratar los *conflictos de pareja* que no involucre a los niños y generar *espacios seguros* y fortalecer redes de apoyo.

CAPÍTULO 4 ANÁLISIS DE LAS SESIONES

El enfoque con el que se trabajó fue el “*enfoco centrado en el niño*” basada en los ocho principios básicos de la *terapia de juego no directiva de Axline*. En este tipo de terapia, el terapeuta deja que sea el niño el *responsable* e indique el camino a seguir. Se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, no solo la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, sino también el impulso de *crecimiento* que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. Esa fuerza poderosa que continuamente lucha por alcanzar su plena *autorrealización* se puede describir como un impulso hacia la madurez, la independencia y la autodirección. Pero necesita de un ambiente que favorezca el crecimiento para poder desarrollar una estructura bien balanceada. Tal como una planta necesita del sol, de la lluvia y de una tierra fértil, para poder llegar a su máximo desarrollo, así el individuo necesita de una *aceptación total*, tanto por parte de sí mismo como de los demás (Axline, 1994).

A lo largo de tres años de tratamiento con Kalen se obtuvo mucho material clínico y sería imposible plasmarlo todo en este trabajo, por lo que mostraré momentos cruciales del mismo y que permita observar el cumplimiento de los objetivos de trabajo. Se decidió dividir la exposición del tratamiento en cuatro periodos que marcan una diferenciación en el comportamiento del niño.

Sesión 1-25 (Fase inicial)

Dentro de las sesiones de la 1 a la 25 se evaluó a Kalen y se trabajaron los siguientes aspectos: la alianza terapéutica, las pérdidas que tuvo a lo largo de su vida, sus miedos: a la obscuridad, al infanticidio, a perder el amor de sus padres por no cumplir con sus expectativas y la manera de percibirse.

En el primer encuentro, Kalen se mostró desconcertado pues la madre no le informó que lo llevaría a consulta. Además deseaba regresar a la escuela, pues por *primera vez* había invitado a sus amigos a su casa y temía que pensarán que no regresaría. Se realizó el encuadre explicándole el tiempo que estaríamos, la forma de trabajo, la cuestión de la confidencialidad, la razón de haber asistido, etc. y esto lo tranquilizó bastante.

Este hecho fue especialmente importante para Kalen pues debido a la *inestabilidad* que vivía en casa y la *poca estructura* que le procuraban, esto le generaba mucha *angustia*. Kalen tenía miedo de estar en el consultorio y de no saber lo que sucedería, por lo que al realizar el *encuadre* y darle *estructura*, esto ayudó a que Kalen se sintiera más *seguro* en el espacio terapéutico.

Uno de los juegos recurrentes de Kalen era el juego de los *soldados*. Cabe mencionar que la primera vez que los vio aunque deseaba jugar con ellos mencionó que “*no le gustaba jugar a los soldados porque era un juego violento*” a lo cual se le mencionó que solo era un juego y que podía jugar a lo que quisiera, por lo que a partir de la siguiente sesión se permitió jugar con ellos. El juego de los soldados consistía en dispararles con la pistola y eliminarlos o luchar contra los enemigos (piratas, guerreros, Max Steel, etc.).

El mencionar que no le gustaban los soldados porque era un juego violento, en realidad era un intento de Kalen por negar sus propios *impulsos agresivos*, por lo que al darle *permissividad* para expresarse, es como se comienza a establecer la *confianza*, al aceptarlo incondicionalmente, o mejor dicho como dice Vanistendael (2002) la “*aceptación fundamental*”.

Axline (1994) menciona que la aceptación total del niño se demuestra por medio de la *actitud* del terapeuta, conservando una relación *tranquila, segura y amigable* con el niño, evitando cualquier *crítica* o reproche, ya sea directa o indirectamente.

El hecho de que constantemente Kalen jugara con los soldados era una manera de proyectar sus experiencias vividas y trabajar los conflictos que le originaba. Los soldados generalmente se caracterizan por ser *agresivos, rígidos, castrantes y punitivos*, características que en algún momento mencionó la madre de su padre (abuelo materno).

El derribar a los soldados (ya sea manteniéndolos acostados o derribándolos con la pistola) era una forma de Kalen para expresar su deseo de derrotar a la autoridad, al abuelo materno. Por otro lado el mantenerlos *acostados* significaba: muerte, pasividad, inacción, con lo cual también estaba representando lo que él hacía para evitar ser molestado por su padre cuando estaba este alcoholizado.

Durante las sesiones Kalen llegó a mencionar que extrañaba a sus amigos porque ya no los veía, ya sea porque dejaban de ir a la escuela o porque él se cambiaba de colegio (Kalen tuvo varios cambios de escuela como de casa).

K: Me he mudado de casa cuatro veces y ya no quiero (tenían programada cambiarse una vez más)..... Ya no veré a mi abuelita..... Dile (a mi mamá) que no me quiero cambiar. Siento lástima y triste.

Para Kalen era tan doloroso despedirse de sus amigos que prefería no hacerlo.

K: El último día que me iba a ir de la escuela no quería levantarme. Era más triste despedirme que nunca despedirme de ellos.

Una forma de evitar el dolor que le causaba la pérdida era *racionalizando y negando* sus sentimientos, pues decía: “*De todos modos no me gustaba mi otra escuela*” o “*me cambiaron a una escuela mejor*”. Otra de las pérdidas de Kalen fueron sus *juguets* pues su mamá los vendía o los donaba. Y nuevamente la forma de evitar el dolor de la pérdida Kalen *racionalizaba* la situación diciendo: “*No importa, yo ya los disfruté, ahora que los disfruten los demás*”. También perdió a sus mascotas: un perro y un hurón.

Antes de ingresar al centro comunitario, Kalen había asistido a otras terapias pero sus tratamientos tampoco duraron.

En un principio faltaba demasiado a sus sesiones, por lo que cuando le preguntaba qué había sucedido, por qué había faltado, Kalen contestaba: “*No me acordé que tenía que venir*” por lo que me preguntaba: ¿Realmente no se acordó de que tenía que venir o tiene miedo de vincularse con la terapeuta y el espacio por miedo a perderlos también?

Como se observa no había *constancia* en la vida de Kalen pues durante su infancia vivió muchas pérdidas (casa, escuela, amigos, juguetes, terapeutas, etc.) por lo que aprendió que los objetos no duran para siempre. Dicha inestabilidad le generaba mucha angustia y hacía que se mostrara desconfiado ante el entorno. Y dicha desconfianza tenía su origen en una falla en el desarrollo de la *confianza básica* pues durante su infancia, también se vio limitado en los cuidados básicos (aseo, nutrición, afecto, etc.) debido a la negligencia y fruto del rechazo de los padres por no haber cumplido con sus expectativas.

Esta desconfianza en el entorno también influía en la forma en la que se relacionaba con los demás, pues al no haber sido cubiertas sus necesidades (tanto físicas como emocionales) esto llevó a Kalen a que se mostrara *desconfiado* y por lo tanto prefería mantenerse alejado como una forma de protegerse a sí mismo.

La *constancia* en el proceso terapéutico era tan importante como la constancia en cualquier otra relación, pues como dice Axline (1994) es el elemento que provee al niño de un sentimiento de *seguridad*. Por lo que esto fue la razón principal para no darlo de baja en el centro comunitario a pesar de sus múltiples faltas, pues deseaba promover en Kalen el sentimiento de *seguridad* a través de la constancia de la terapeuta, haciéndole saber que se le esperaba siempre a la hora de la sesión, que la terapeuta estaba *presente*, que era *constante* y *predecible*.

Cuando Kalen narraba alguna situación que le había sucedido, algo que había visto o escuchado era muy difícil entenderle y entablar una conversación con él, pues tendía a la verborrea, se saltaba de un tema a otro, era muy detallista, fantasioso y en ocasiones había cierta incongruencia en sus relatos, lo cual todo ello hacía más difícil la comunicación.

Llegó a decir por ej. Que existía un señor que coleccionaba muñecas viejas y sin cabeza y que las personas que las veían podían morir; que veía delfines rosas o que leía palabras invisibles en el pizarrón.

La primera vez que habló del coleccionista de muñecas en un principio me pareció que era parte de la fantasía de Kalen, sin embargo después descubrí que efectivamente existía la historia del coleccionista en Xochimilco. De ahí la importancia de ahondar en los relatos de los niños así como el conocer la cultura popular de México.

Cicchetti (2001) menciona que cuando se tienen experiencias traumáticas puede haber un efecto negativo en la estructura del cerebro de los niños, afectando su función y organización, lo cual también influirá en la forma en que experimentarán el mundo.

Alrededor de los 4 y 6 años de edad los niños se encuentran en una etapa en la que su forma de ver las cosas y la realidad es muy fantasiosa, sin embargo, a la edad de 10 años (edad de Kalen) ya no era esperado para su edad (Craig, 2001).

Kalen tendía a la fantasía al grado de no diferenciarla de la realidad; prefería refugiarse en ella pues era ésta donde se sentía *seguro* y *cómodo*. Además, estas fantasías eran nutridas por la demanda de *necesidades insatisfechas*, por lo que al no ser gratificadas Kalen tendía a refugiarse en ellas.

Un ejemplo de ello era que al sentirse *solo*, una manera de compensarlo fue crear un amigo imaginario. Su necesidad de ser *escuchado* y *acompañado* era tan grande que creó a “*Wildo*”. Esta necesidad también la proyectó en una de sus películas favoritas: “*Soy leyenda*”, pues curiosamente lo más significativo de la película para Kalen era que “*el señor estaba a punto de volverse loco porque no tenía con quien platicar*”.

Los amigos imaginarios generalmente se dan en la etapa preescolar. Este amigo imaginario es un personaje invisible que al niño le parece muy real. Los niños le dan nombre, lo mencionan en sus conversaciones y juegan con él. Los personajes imaginarios le ayudan al niño a afrontar los temores, le ofrecen compañía en los periodos de soledad y lo tranquilizan. Por lo que al momento en que se sintió acompañado por la terapeuta y al comenzar a tener amigos, desapareció esta fantasía, pues ya no la necesitó más.

K: Hace mucho tiempo que no veo a mi amigo imaginario. Se fue a imagilandia. Se fue a otro planeta y salió de la vía láctea.

Uno de los temas que llevó Kalen a sesión fue el *miedo a la obscuridad*. Su miedo era tan grande que en ocasiones llevaba una lámpara a la escuela “*por si se iba la luz*”.

Este tema estaba relacionado también con el dibujo de su problema donde menciona: “*Aquí adentro se guarda lo que hay bueno y afuera está lo malo. Esta es la obscuridad que reina afuera..... Ahí están las cosas malas que se escapan de los pensamientos..... La luz es lo único que debilita a la obscuridad*” (ver anexo 5).

Aunado a esto, en uno de sus juegos de los piratas contra los invasores, Kalen menciona: “*No permitiremos que entren bichos, que no entre nada malo*”.

Y en la aplicación del Test de la Familia Kalen menciona: “*Mi abuelo me molesta.... Es malvado conmigo y con su hija pequeña*”. Y al preguntarle quién es el menos bueno de todos, Kalen contesta: “*la bebé, siempre destruye todo, no comprende ni el bien ni el mal*”.

Este miedo que tenía Kalen estaba relacionado con la manera de percibirse a sí mismo. Kalen se percibía *diferente e inadecuado* por no cumplir con las *expectativas* de los demás (papás y profesores). Y cuando no las cumplía (como rendir en la escuela, “portarse bien”, no robar o destruir) Kalen creía que era un niño “tonto” y “malo”.

Kalen se percibía “malo” cada vez que destruía algún objeto por accidente (en sesión llegó a romper la tapa de la caja de juguetes cuando se sentó sobre ella, un dardo cuando intentó colocarlo en la pistola y una flecha al colocarlo en el arco). Y su miedo era tan grande que incluso lo llevaba a no tomar los juguetes para no “destruirlos” pues relacionaba la destrucción con “maldad”.

K: No me gusta romper las cosas pero no puedo evitarlo.

Por otro lado, el hecho de que moviera las manos y el ser muy fantasioso lo llevaban a creer que estaba “loco” (además de que en casa y en la escuela le confirmaban esta creencia). Estos dos aspectos suscitaban el rechazo de los demás, por lo que al sentirse rechazado (por los profesores, papás y compañeros) lo llevaban a creerse “malo”.

Belsky (citado en Klinkert, 2002) menciona que algunos factores asociados al maltrato infantil son: el no cumplir con las expectativas de los padres, haber sido concebido sin haber sido deseado, el que hayan nacido con algún déficit físico o mental o tengan un nivel de desarrollo menor al promedio.

Kalen *deseaba ser aprobado* por los demás por lo que en ocasiones tendía a mostrarse obediente y complaciente, no obstante también era capaz de expresar agresividad cuando se sentía *agredido*, sin embargo, constantemente intentaba *reprimir* estos impulsos pues le parecían demasiado amenazantes.

Kalen desarrolló un Superyó muy punitivo al no permitirse expresar tanto impulsos sexuales como agresivos, pues estos le originaban culpa y lo llevan a creer ser merecedor de castigo, por lo que esto explicaba el temor que presentaba hacia el infierno y la obscuridad.

Una de las hipótesis de la terapeuta era que probablemente Kalen estuviera sufriendo de abuso sexual (al expresar Kalen: “*mi abuelo es malvado conmigo y con su hija*”; al estar en constante riesgo en las fiestas de los padres con los amigos alcoholizados; por el miedo a la obscuridad y al infierno; la enuresis y agresividad que presentaba; etc.) sin embargo, esta hipótesis no se pudo comprobar.

Una de las cosas de las que continuamente hablaba Kalen, era de cuando tenía 4 años y en su fiesta de cumpleaños un delincuente les robó la camioneta de su papá donde tenían *todos* sus regalos. La camioneta “*se la habían regalado*” a su papá y aclara: “*No se la robó jeh!*”.

También llegó a comentar varias veces de un ladrón que se metió a la casa del vecino y su abuelo le tuvo que disparar para ahuyentarlo.

O hablaba de cuando asaltaron la oficina de su abuelo y unos guardias fueron heridos.

Estas historias le angustiaban mucho y cada vez que hablaba de ello movía las manos y decía: “*Mi abuelito tiene armas y da balazos... Siempre lleva una pistola consigo*”.

Por otro lado, su abuelo le regaló una pistola de gas y otra de balines y le prometió enseñarle a disparar cuando cumpliera 10 años.

Kalen nunca se atrevió a hablar de manera directa de la violencia que sufría en casa, sin embargo lo hacía a través de sus relatos. En una ocasión mencionó por ejemplo que tenía un guardarropa de Max Steel pero que se rompió cuando se cayó el ropero. Por la historia clínica se sabía que cuando el padre estaba alcoholizado, se ponía agresivo y llegaba a romper muebles.

Cuando Kalen presentaba sonambulismo se dirigía a la puerta intentando salirse de la casa. Además de que continuamente hablaba de cuando se fuera a E.U. a visitar legolandia.

En una ocasión representó Kalen a través del juego cómo se prepararía cuando se fuera de casa: llevaría pistolas, espadas, granadas, cuchillos, etc.

K: “No me da pena, me da escalofríos mi casa”

K: “Quiero olvidar pero aunque quiera olvidarlo no puedo”.

Uno de los juegos recurrentes de Kalen era colocar una rampa (con la tapa de la caja de los juguetes) y deslizar los carros por ésta. El juego consistía en aventar los carros y el que se volteara “*moría*” y el que no “*sobrevivía*”. Los carros que quedaban parados los volvía a deslizar por la rampa y hacía una competencia entre todos los “*sobrevivientes*” para ver quién resistía más.

Dorothy Bloch (2005) menciona que los niños están universalmente predispuestos al miedo al *infanticidio* por el estado de su desarrollo físico y/o psicológico, y que la intensidad del miedo depende de la incidencia de sucesos traumáticos y del grado de violencia y cariño que hayan experimentado.

Por otro lado, uno de los factores de riesgo asociados al maltrato son los trastornos de personalidad de los padres, los cuales pueden ser: adicción, baja autoestima, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y estrés, incapacidad para identificar y resolver problemas, incapacidad para desarrollar empatía (en los otros y en especial en el hijo) y pobre vínculo con los padres u otras figuras parentales, características de los padres de Kalen.

En el caso de Kalen, en su vida predominaban los eventos violentos, por lo que éste era el principal motivo de la angustia de Kalen, el saberse en *peligro constante*. Su ambiente lo percibía hostil y amenazante por lo que el movimiento de manos aparecía cuando se presentaban las *fantasías de aniquilación*.

Cuando Kalen se mostraba ansioso tensaba tanto los músculos que se le dificultaba hablar, movía las manos, fruncía el ceño y su postura y movimientos eran rígidos.

Sabiendo entonces el origen de la angustia, en ocasiones me vi en la tentación de preguntarle directamente por la violencia que vivía en casa y así agilizar el proceso, sin embargo, uno de los principios de la terapia no directiva es no realizar preguntas inquisitorias al niño, sino por el contrario, brindarle el tiempo y espacio necesarios para exteriorizar su problemática en el “*momento*” en que el niño se sienta con la capacidad para afrontarlo, no antes ni después.

En una ocasión llegó Kalen enfermo a la sesión. Me percaté de esto cuando la madre mencionó: “*Voy a llevar el carro a lavar porque alguien se vomitó* (dirigiéndose a Kalen)”. Posteriormente al entrar al consultorio y preguntarle si deseaba retirarse y cómo se sentía para ir a la escuela, Kalen contestó: “*No me siento bien pero mi mamá me va a llevar y no quiero*”. A lo cual le propuse hablar con su mamá pero Kalen no quiso porque pensaba que no tendría sentido hablar con ella pues de todos modos lo llevaría a la escuela.

Otro ejemplo en el que la madre no era capaz de satisfacer las necesidades de Kalen era cuando no lo atendía cuando se lastimaba o cuando tenía los labios demasiado reseco por no tomar agua; o el no llevarlo a la escuela o con los especialistas (psicopedagoga y neuropediatra) que requería y a pesar de contar con el recurso económico para hacerlo (proporcionado por sus padres, es decir, los abuelos maternos).

Según López (1995) las necesidades se dividen en: físicas, cognitivas y emocionales. Y la satisfacción de estas son condición necesaria para un *desarrollo satisfactorio* y un *apego seguro* en el niño. Cabe mencionar que no es suficiente con estar bien alimentado, aseado, cobijado, etc. para tener un sentimiento de seguridad y confianza básica. El cariño, la ternura y la *aceptación incondicional* de los padres son condición indispensable para el desarrollo de una vida futura satisfactoria.

De Paul (1996) define la *negligencia física / cognitiva* como toda situación en la que las necesidades físicas y cognitivas básicas del menor (alimentación, higiene, protección y vigilancia, cuidados médicos, seguridad en el hogar y aspectos educativos) no son atendidas por los padres disponiendo o teniendo acceso a los medios necesarios.

Otro tipo de maltrato es el “*retraso en la atención psicológica*” en el que los padres no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño en las que es evidente la necesidad de ayuda profesional.

Como se mencionó anteriormente, Kalen se vio limitado durante su infancia por la *inconstancia* en los cuidados básicos (aseo, nutrición, estimulación temprana, afecto, protección, etc.). El saldo fue la representación caótica de memorias sensoriales no integradas y en correspondencia la representación de un mundo *hostil, terrible y agresivo*.

Sesión 26-50 (Fase intermedia)

Durante estas sesiones se trabajó: la identificación y expresión de emociones, sus miedos (entre ellos los sueños, terrores nocturnos y sonambulismo), el movimiento de manos, la relación con sus compañeros y su hermana, el autoconcepto y su contraparte al reflejarle los aspectos positivos de él así como sus recursos, la posible terminación del proceso terapéutico, la posibilidad de asistir con un nuevo especialista (terapeuta de aprendizaje) y la responsabilidad que le corresponde.

Como se mencionó, uno de los aspectos que se trabajó con Kalen fue la *identificación y expresión de emociones* a través de la técnica de AMATE, del sentimentómetro (reloj de manecillas con diferentes emociones), del memorama y franelógrafo de emociones, así como de lectura de diferentes cuentos. Generalmente al iniciar y finalizar la sesión se le preguntaba cómo se sentía. Al principio le costó trabajo a Kalen identificar la emoción y solo se limitaba a decir: “bien” o “mal”. Conforme fue pasando el tiempo aprendió a identificar las emociones que experimentaba.

Ψ *¿Cómo te sientes hoy?*

K: *Me siento así (alegre)*. Señala con el sentimentómetro.

Ψ *Así que hoy te sientes alegre.*

K: *Si, y también así (valiente) y a veces así (miedo)*”.

Ψ *¿Y cómo te vas hoy?*

K: *Así (triste) porque me voy. Así (alegre) porque te vi (voltea a ver a la terapeuta y sonríe). A veces soy así (travieso). Así (asustado) por el paseo porque no sé si vaya a ir. Y también a veces me siento así (apenado)*. Señala en el franelógrafo.

Al principio Kalen expresaba la emoción solo a través de algún *objeto en concreto* (señalando con el sentimentómetro, el franelógrafo o el memorama) y respondía solo cuando se le preguntaba.

Posteriormente comenzó a expresar sus emociones a través de la *palabra* y lo hacía de manera *espontánea* al inicio, durante o al término de la sesión.

Se ha observado que los niños que han sufrido de maltrato parecen haber aprendido que es *inaceptable y/o amenazante* hablar de sus emociones, especialmente si son negativas. Por esa razón, estos niños no tienden a expresar verbalmente sus emociones (Morelato, 2011).

K: *El día del niño le compraron cosas a mi hermana y a mí no.*

Ψ *¿Y qué pensaste cuando le compraron cosas a tu hermana y a ti no?*

K: *Nada, solo pensé que qué bueno que le compraron juguetes porque ella tiene menos que yo. No estoy molesto para nada.*

Ψ *Hay niños que les molestaría que le compran cosas a sus hermanos y a uno no. Además es... (interrumpe)*

K: *Es válido enojarse. Yo me enojé (corrige), no me enojé porque mis papás no tenían mucho dinero y mi hermana puso dinero para comprarse ese juguete.*

K: *Me dan miedo los insectos, me dan asco.....*

K: *Estoy asustado porque me castigaron y me suspendieron.....*

Ψ *Veo que vienes chapeadito.*

B: *¿Qué es eso?*

Ψ *Cuando se sonrojan las mejillas. A veces nos sonrojamos cuando corremos mucho o cuando nos apenamos por algo.*

K: *¡Ah! Así me sentí cuando actué en una obra porque me dio vergüenza.*

K: *Tuve varicela y contagié a mis compañeros de la escuela.*

Ψ *¿Y cómo te sientes?*

K: *Culpable.*

Las emociones cumplen diferentes funciones en el ser humano, pero la más importante de ellas es que el niño se desarrolle hasta llegar a ser un adulto armónico. Por lo tanto, es fundamental que los niños aprendan a identificar, sentir, autorregular y expresar adecuadamente sus emociones, para desarrollar unas relaciones intra e interpersonales satisfactorias. No obstante, cuando las emociones no son expresadas y/o encauzadas correctamente, dan lugar a una gran variedad de problemas personales y sociales.

Por otro lado, el niño debe confiar en el terapeuta, si es que decide compartir sus sentimientos. Necesita percibir una gran seguridad en esa situación para poder exteriorizar sus “malos” así como sus “buenos” sentimientos, y no sentir el temor de que el adulto (en este caso la terapeuta) lo desapruebe.

Para trabajar los *miedos* de Kalen primero los dibujó en una cartulina en la que representó sus diferentes miedos: obscuridad, fantasmas, demonio, películas de terror, aliens, chucky, zombies, un señor gritando y un niño que hizo algo malo. Ver anexo 9.

Posteriormente hablamos de ellos pero al finalizar la sesión, Kalen se mostró muy angustiado, entonces le propongo dibujar sus miedos *ridiculizándolos*. Entonces Kalen dibuja una araña con patines en todas sus patas y cayéndose sobre un pastel; un fantasma que le cae pintura permitiéndole verlo y pegándole con un guante; un zombie que se resbala con un plátano y cae sobre un pastel, otro que se electrocuta y uno más que se resbala con la patineta y al caer suena ¡puff! (flatulencia). Ver anexo 10.

Un dato curioso fue que mientras Kalen estaba dibujando, de repente se cae una lata de coca vacía que estaba sobre el bote de basura y se asusta.

K: *Se cayó.*

Ψ *Si, seguramente no estaba bien puesta.*

K: *No importa, ya no me da miedo.*

Ψ *¿Y cómo le hiciste para que ya no te diera miedo?*

K: *Pensar en que solamente son ruidos.*

Ψ *Exacto. Muy bien Kalen. También podrías pensar qué otras razones pudo haber para que se cayera. No necesariamente porque haya (interrumpe).*

K: *Fantasmas. Yo pienso que ya no resistía. Que estaba en el bote de la basura y como tiene plástico se resbaló.*

Ψ *Muy bien Kalen, esa es una muy buena respuesta. Y esa pudo haber sido la razón por la que se cayó la lata.*

K: *Mi abuelita una vez nos contó que vio un fantasma, una sombra y les pone trampas..... A mi mamá le pasan cosas. Dice que siempre hay un fantasma que está con ella y está ahí, que todo el tiempo está con ella. Y dice que una vez lo vio y mi papá también lo vio.*

Este tipo de situaciones hacían que a Kalen se le dificultara aún más el diferenciar entre fantasía y realidad pues las fantasías y los miedos eran alimentados por la familia.

En el caso de los padres, este tipo de experiencias alucinatorias probablemente se debían a los efectos del alcohol y/o drogas.

Posteriormente cuando se trabajó el miedo a través de la técnica de AMATE, Kalen por primera vez habló del sonambulismo que presentaba y narró lo siguiente:

K: Soy sonámbulo.... Siempre que me levanto voy al baño.... Una vez no encontré el camino al baño y me hice en el camino, por eso ahora la dejo abierta (puerta del baño). Una vez, dice mi mamá que fui al baño y luego me fui para mi cuarto y no tenía pantalones y así desperté..... Camino como "zombie". Dice mi mamá que tengo los ojos abiertos..... Una vez, dice que estaba gritando pero yo no me acuerdo..... También en otra ocasión me dijo que me quería salir de la casa pero mi mamá se dio cuenta y fue por mí y luego me regresó a la cama. Cuando no soy sonámbulo me muevo mucho.

El DSM IV-TR establece que la característica esencial del sonambulismo es la existencia de episodios repetidos de comportamientos motores complejos que se inician durante el sueño y que implican que el individuo se levante de la cama, se pasee por las habitaciones, suba y baje escaleras, e incluso llegue a abandonar su casa; a veces utilizan el lavabo, comen o hablan durante los episodios; en otras ocasiones corren o incluso realizan intentos desesperados por escapar de algún peligro aparente. En ocasiones, y especialmente en los niños, los episodios de sonambulismo implican comportamientos inapropiados como el orinarse en la habitación. El riesgo de heridas aumenta de forma notable si estos episodios coexisten con terrores nocturnos, ya que el niño emprende movimientos para escapar o resistirse (Solloa, 2006).

Este hecho fue importante para Kalen pues anteriormente no se había atrevido a hablar de este tema, al contrario, lo negaba. El hablar del sonambulismo también lo llevó a hablar de sus sueños.

K: Una vez soñé que mis papás me vendían con unas personas malas.... Fue un sueño loco (comienza a mover las manos y guarda silencio).

Ψ Los sueños pueden ser locos e ilógicos.

K: Bueno, entonces soñé que me vendían y que la señora me jalaba y yo me agarraba de mi mamá. Y entonces estaba la señora y mi mamá mala. Después mi mamá me decía que me despertara.

K: Tengo sueños raros y alucino y veo cosas y no puedo despertar. Decía ¡ayúdenme! estaba diciendo cosas y no sabía lo que decía. Le dije que estaba sediento y empecé a gritar y a gritar y a gritar cosas. Una vez estaba gritando alienígenas pero yo no me acuerdo. Mi mamá me quiso agarrar porque estaba haciendo un buen de locuras, un montón de cosas locas. Le aventé un vaso, rompí un vaso, me metí a la cocina e hice muchas cosas. Me quería salir de la casa. Me quiso despertar y empezó a decir cosas pero no sabía que decía y después de verla (suspira) me calmé. Si me despierta me quedo atrapado para siempre en el sueño.

K: A veces sueño que estoy atrapado en un laberinto. Después camino y encuentro el camino.

K: Una vez soñé que entraba a mi cerebro y que descifraba el universo pero cuando ya lo iba a descifrar mi mamá me despertó para ir a la escuela..... Descifraba el examen de historia y de geografía.

K: Una vez soñé que mi abuelo era un zombie y toda la casa estaba cambiada y entonces me di cuenta que era un sueño e intenté despertar y traté de saltar pero no desperté. Luego me hacía así en la cara (se pega) pero tampoco me desperté, así que decidí que siguiera el sueño hasta que me despertara mi mamá.

K: Una vez cuando estaba soñando desperté pero mi sueño se salía de mi cabeza y veía a través de mis ojos los sueños. Y entonces veía que mi mamá tenía un sombrero y luego se lo quitaba. Estaba muy rara. Y no sabía lo que era sueño y lo que era realidad porque yo tenía los ojos abiertos y estaba viendo mi sueño.

K: Sueño con zombies que me persiguen y me escondo. Nunca me comen porque siempre me escondo. A veces lo sueño dos veces a la semana.

Freud (1899) plantea que los sueños son una realización alucinatoria de deseos y por consecuencia, una vía privilegiada de acceso al inconsciente, mediante el empleo del método interpretativo fundado en la asociación libre de los símbolos más importantes del sueño. Los sueños, desde el punto de vista freudiano, constituyen formas de "cumplimiento de deseo" tentativas del inconsciente para resolver un conflicto de alguna clase, ya sea algo reciente o algo procedente de lo más hondo del pasado.

El poder *apalabrar* sus emociones fue importante para Kalen, pues durante las sesiones se mostró menos angustiado, movía menos las manos y corporalmente se veía más relajado.

Un dato importante fue que al finalizar la sesión antes de salir de vacaciones de diciembre, Kalen fue capaz de pedir un abrazo a la terapeuta.

K: (comienza a bailar como apenado).

Ψ ¿Qué pasó? ¿Estás bien?

K: Si, es que quiero darte un abrazo.

A partir de ese día, Kalen se despide de la terapeuta con un abrazo. Al principio se sentía algo rígido, temeroso y distante al contacto, pero conforme fue pasando el tiempo Kalen fue aceptando más el contacto físico.

En un principio a Kalen le fue difícil hablar del *movimiento de manos* que presentaba pues era algo que evitaba e incluso le molestaba.

K: (Juega con los guerreros) Yo me acuerdo y no quisiera recordar. No quiero hablar de eso. Quiero olvidar, olvidar es divertido..... Pero aunque quiera olvidar no puedo.... A veces si puedo pero luego vuelvo a recordarlo.

Ψ A veces hay cosas que nos gustarían olvidar pero no siempre podemos olvidarlas. A veces el hablar de ellas puede hacernos sentir mejor. Nos puede ayudar a comprender mejor las cosas o a buscar una solución.... A veces no queremos recordar porque nos pone triste (interrumpe)

K: Yo no estoy triste, no se ha muerto nadie. Bueno, se murió mi ¿?. También se murió mi perrito, se llamaba Rocky. Mi papá lo tenía desde que tenía 5 años, ya estaba viejito. Murió de un ataque. Se quedó así (se acuesta en el suelo y se queda inmóvil), se quedó tieso. Murió cuando yo tenía 8 años.

Ψ Parece que te emocionó hablar de ese tema pues comenzaste a mover las manos.

K: Sí, las muevo cuando imagino que pelean (guerreros), me imagino y ya no necesito moverlos. Una vez me desesperé porque no podía parar a mi muñeco y entonces lo dejé así (acuesta algunos guerreros) y me imaginé que los paraba.

K: No me gusta hablar de eso, no quiero hablar de eso.

Ψ ¿Por qué no quieres hablar de eso (movimiento de manos)? ¿Qué te imaginas que puede pasar?

K: Antes mis compañeros se burlaban de mí porque movía las manos. Y me llevaban a un lugar y a otro (médicos) y no me gustaba.

K: (comienza a mover las manos).

Ψ *¿Qué podríamos hacer para que dejaras de mover las manos?*

K: (se levanta inmediatamente, toma el sentimentómetro y señala el personaje de enfadado).

Ψ *Parece que estás enojado.*

K: Si.

Ψ *¿Por qué?*

K: *Por lo que dijiste, no me gusta que me digas eso..... Quería decírtelo desde el otra vez pero no podía porque tenía miedo..... Miedo a que te enojaras conmigo..... Yo no quiero que te enojes conmigo.*

Ψ *No estoy enojada contigo. Qué bueno que me lo dijiste porque ahora puedo entenderte mejor. Y fuiste muy valiente al decirme lo que sientes. A veces no es fácil decir lo que sentimos por temor a lo que pueda pasar. Y si no quieres hablar de eso, está bien. Cuando te sientas preparado y quieras hacerlo, podrás hablar de ello.*

Uno de los principios de la terapia no directiva es que la terapia “no debe ser apresurada”, pues éste es un proceso gradual y como tal debe ser reconocido por el terapeuta. Cuando un niño esté en disposición para expresar sus sentimientos en presencia del terapeuta, así lo hará. No puede ni debe ser apresurado para que lo haga. El intento de forzarlo ocasionará que se retraiga (Axline, 1994).

Por otro lado, lo importante no era que Kalen dejara de mover las manos, lo cual fue un error de la terapeuta, pues sino las moviera, se *desorganizaría* y surgirían movimientos inconscientes, es decir, actuaría sus *impulsos agresivos*. Lo importante era que lograra contactar esos impulsos de manera adecuada y real, sin inhibirlos ni somatizarlos.

K: (Ordena los carros, los avienta y comienza a mover las manos).

Ψ *Y ahora comenzaste a mover las manos.*

K: Si, es que estoy imaginando.

Ψ *Parece que cuando imaginas y pelean los carros es cuando mueves las manos. Se ve que te emociona mucho y te hace moverte todo: tus manos, tu cuerpo, tus piernas y mueves las manos con rapidez.*

K: *Las muevo cuando imagino cosas. También cuando no me dejan hablar.*

Ψ *Veo que destruyeron a uno más.*

K: *Si, al que estaba escondido..... Ahora prefirieron salirse de su escondite..... Este los iba a traicionar, a su amigo de este coche para quedarse con toda la pista, pero este lo rebanó porque lo iba a destruir..... Y como no pudieron ponerse de acuerdo quien iba a mandar entonces se destruyeron entre los dos.*

K: (Juego: dos soldados pelean y destrozan la casa).

Ψ *¿Por qué pelean?*

K: *Pelean por la casa....No saben compartirla.*

Ψ *¿Te has dado cuenta en qué momentos mueves las manos?*

K: *Si, cuando estoy emocionado, cuando estoy peleando o cuando veo una película de terror.*

Ψ *Y también he notado que lo haces cuando estás nervioso.*

K: *Puedo moverlas cuando yo quiera. A veces yo las controlo y decido cuando moverlas, pero a veces me controlan a mí..... También las muevo cuando pasa algo divertido..... Cuando nadie me hace caso..... A veces no nos hacen caso (Kalen y su hermana) y solo B. (hermana) me hace caso..... Me peleo mucho con ella. A veces muevo las manos cuando me desespera... Los demás se ríen.*

Ψ *¿Quiénes se ríen?*

K: *Los de la calle o mis anteriores compañeros. Los de ahora no se ríen y las puedo mover.*

Era importante ayudar a Kalen a descentrarse de su mundo de fantasía a través del contacto consigo mismo (sensorial y conductualmente) en el aquí y en el ahora, reflejándole sus emociones, pensamientos, actitudes y conducta.

Kalen movía las manos cuando los carros o soldados peleaban, es decir, cuando había una lucha o un *conflicto interno*. El movimiento de manos surgía también cuando se presentaban las fantasías de *aniquilación*, ante el miedo a sus *impulsos agresivos* y la dificultad para *autorregular sus emociones*.

Anteriormente Kalen tenía pocos *amigos*, prefería juntarse con las niñas, pero posteriormente conforme fue pasando el tiempo fue identificándose con sus compañeros. Aunque cabe mencionar que los amigos de Kalen eran niños con problemas de conducta o con algún tipo de dificultad.

K: *Antes tenía un amigo, A. es el único que no me decía nada, todos los demás se burlaban de mi pero menos él. Él no podía hablar bien, hablaba mal y nos juntábamos los dos... Había otro niño que me molestaba mucho, L. A. a veces me pateaba mis cosas y me decía de cosas. Decía que era mi amigo pero me decía de cosas... También estaba J., se burlaban de él por su color... Y J. D. era muy flaquito y se burlaban de él porque no tenía fuerzas y era muy pequeño. Era el más pequeño y lo odiaban porque no podía cargar cosas, era muy débil... Y S. no hablaba bien... Hicimos el club del árbol. Nos escondíamos a la hora del recreo para que no nos molestaran. Antes L. A. no era mi amigo pero después se juntó con nosotros. Él no tenía ningún problema. Bueno, siempre molestaba a los demás.*

Ψ *Entonces su problema era molestar a los demás.*

K: *Sí.*

Ψ *Entonces se hicieron amigos a todos los que molestaban.*

K: *Sí. J. D. tiene muchos problemas. Es de lo que quería hablarte el otra vez (la sesión pasada). Él no hablaba nada, habla cosas raras, nadie conoce a sus papás. A veces lo veo llegar cuando llego yo, creo que también va al psicólogo... A. está retrasado de algo... J. D. no sé qué tipo de enfermedad tiene. Es como si fuera pequeño. Lo intenta pero no entiende varias cosas. Avienta las cosas, se queda callado. Me obligaron a sentarme con él. Hace locuras.*

Cuando Kalen expresa que los demás odian a J.D. por ser *débil* y hacer *locuras* y que A. era “*retrasado*”, en realidad estaba *proyectando* sus propios sentimientos acerca de cómo se percibía él y como creía que los demás lo percibían.

Por otro lado, Kalen se sentía muy amenazado con otros hombres y de ser *hombre*, pues los hombres que él conocía solo destruían y/o lastimaban, y esto lo hacía temer a sus propios impulsos. Por lo que era importante enseñarle que el que fuera hombre eso no quería decir que su naturaleza fuera destruir, pues el poder y la fuerza también sirven para proteger, ayudar, construir... Kalen necesitaba saber que hay *hombres diferentes* en la vida y así poder identificarse con alguno (ya sea un tío, profesor, compañero, etc.).

K: *J. no tenía un brazo y era mi amigo. Jugaba con él juegos en los que se requiriera un solo brazo.*

Ψ *Veo que eres noble y te preocupas por los demás.*

K: *Una vez le regresé su cartera a uno que la había perdido.*

Ψ *Además eres honrado.*

Ψ *Veo que tienes varias cosas en común con tus amigos ¿Qué cosas en común tienen? Una es que son niños, otra es que van al psicólogo pero ¿Qué cosas positivas tienen en común que se parezcan?*

K: *J. D. no es muy inteligente pero sabe dibujar muy bien. Yo sé hacer muy buenos juegos. El otra vez él dibujó y yo puse unos juegos.*

Era importante trabajar la representación simbólica *positiva* de los hombres, es decir, que pudiera *integrar los objetos* como totales pues solo ubicaba la parte *negativa* de sus amigos ya sea para descalificarlos, descalificarse a sí mismo o a su padre.

Así como también era importante darle diferentes funciones al *poder* y la *fuerza*. Se le podría haber dicho por ej. *Yo pienso que los niños, los hombres tienen muchas características positivas, entre ellas es que son más fuertes. Y esa fuerza les permite ayudar, construir, proteger...*

K: El día del niño me quedé en mi casa..... Me pinté de superhéroe, fui súper Arts..... Un niño se cayó del brincolín y yo lo llevé a la dirección cargando.

Ψ Eres un niño muy noble y que le gusta ayudar a los demás.

K: También ayudé a bombear el agua y de tanta que serví me cansé.

Las relaciones con los compañeros ejercen mayor influencia en el desarrollo social y de la personalidad. Las amistades ayudan al niño a aprender conceptos y habilidades sociales, así como adquirir autoestima. Los niños con amistades satisfactorias y estables muestran actitudes más positivas ante la escuela y logran un mayor aprovechamiento académico. Incluso un solo amigo íntimo le ayuda al niño a afrontar los efectos negativos de no sentirse aceptado o de sentirse rechazado por sus compañeros (Craig, 2001).

La relación con su hermana, Kalen la describe de la siguiente manera:

K: Mi hermana no me quiere.

Ψ ¿Y por qué crees que no te quiere?

K: Porque es mala conmigo. Ella dice que yo soy malo con ella... A veces decimos tonterías y nos reímos pero mi mamá nos regaña. Es la única manera de jugar.

K: Extraño jugar con B. (hermana). Pero a ella no le gusta jugar juegos de niños y a mí no me gusta jugar con muñecas.

Ψ Y como ¿qué otros juegos podrías jugar con B. que les guste a los dos?

K: Saltar la cuerda.... A mi hermana le gustan mucho los legos.

Ψ Exacto, si a tu hermana también le gustan los legos podrían jugar juntos.

K: Le gusta construir y a mí también aunque a veces por envidia destruye lo que construí. Luego me acuerdo como lo hice y lo vuelvo a construir.

Ψ ¿Y cómo qué otras cosas podrían jugar juntos?

K: Construir, juegos de mesa, legos, correteadas, escondidillas, pelota, tv.

K: Antes cuidaba a mi hermana..... Tenía uno o dos años de edad..... Yo tenía 5 años..... Para que no se saliera cerré la puerta.

Ψ La protegías.

K: Vimos videos de terror, nos lo puso la miss de Inglés..... Me dio miedo..... Vimos la de la llorona que tenía su hijo Hugo de 7 años y decía: "Hay mis hijos". Lo que hice fue cerrar los ojos. Otro video más feo también lo vi porque mi hermana lo iba a ver y para avisarle.

Ψ Entonces estabas protegiendo a tu hermana.

K: Sí.

K: Me he llevado mejor con ella. A veces armamos escenarios y nos tardamos 4 horas. Construimos con lo que encontramos.

Craig (2001) menciona que los hermanos forman apegos importantes y duraderos unos con otros desde la infancia, aunque los más pequeños suelen sentir más apego por los mayores y no a la inversa. La franqueza realista de los hermanos y hermanas brinda la oportunidad de experimentar los altibajos de las relaciones humanas en el nivel más básico. Los hermanos pueden ser sumamente leales, despreciarse o formar una relación ambivalente fraterna que provoca peleas y golpes, pero casi siempre suelen profesarse gran afecto y amistad, influyendo mucho en lo que hace el otro.

Una de las cosas que le preocupan a Kalen era el creer que pudiera estar “loco” por el movimiento de manos que hacía y la visita a tantos especialistas.

K: También estoy enfadado porque el maestro de danza me dijo que estaba loco.... Es que como hay un compañero (J. D.) que está mal de su cabeza, comenzamos a jugar (imaginando) a que estábamos en la montaña rusa (muestra los movimientos que hacían con las manos y los pies) y el maestro nos dijo que estábamos locos..... El roba cosas y yo las devuelvo sin que él se dé cuenta.

Ψ A mí me hubiera enojado mucho que me llamaran de esa forma.

K: Sí. El maestro me dijo que dejara de molestar pero solo estaba platicando. Cuando traté de explicarle me dijo: ¡Ya cállate! No quiero escucharte. Le dije a mi mamá pero no me cree, pero sí me dijo así y hasta me empujó. Habló con el maestro pero no deja de molestarme. No me gusta ir a su clase y por eso me quedo en los baños o en las escaleras o me escondo para no ir. Quería decirte a ti porque tú si me entiendes, mi abuelita también, mi mamá a veces y mi papá nunca.

Ψ Oye y ¿qué significa para ti la palabra loco?

K: Que estoy mal de la cabeza..... También a J. D. y a A. les dicen locos. El maestro ya se la trae conmigo, no sé por qué. Desde el otro año era así conmigo.

Ψ Entonces también a tus amigos los llaman locos.

K: Si. A Alexis le enoja que lo llamen así y cuando se enoja rompe cosas. Una vez nos peleamos porque se enojó y yo lo aventé de las escaleras y él me pegó en el barandal hasta que llegó la maestra y nos separó. También me suspendieron por pelearme. No te conté porque me daba pena pero ahora ya no me da pena porque tu si me entiendes.

K: Solo el maestro de aerokids es malo y feo. Los demás son buenos, me llaman la atención pero entiendo por qué lo hacen.

Ψ Entonces lo que no te gusta es que el maestro de danza te llame loco y que te empuje, aunque entiendes que los otros maestros puedan llamarte la atención.

K: Sí.

K: Yo quisiera portarme bien pero no puedo. No creo aguantar y resistirme para hacer travesuras.

Ψ ¿Qué es portarte mal?

K: Como no pararme del salón, desobedecer, pararme a tirar la basura cuando la maestra aun no ha dicho.

K: La maestra Ma. E. (mtra. de su hermana) es como una tormenta. Ella es como una nube y yo como los rayos, cuando chocamos es como si se hiciera una tormenta..... El maestro J. es mandón, aunque lo entiendo porque ya es grande, pero no me gusta que sea así.

La *ensoñación* es una actividad en el ser humano, ya sea niño o adulto, que se vuelve casi una necesidad cuando se encuentra sumergido en un entorno traumatizante. Solo es patológica cuando es excesiva, es decir, cuando el individuo vive solamente en lo imaginario.

En el niño, la *ensoñación* toma a menudo la forma de juego, lo que constituye a veces un poderoso auxiliar de resiliencia.

Al respecto Selma Fraigberg (1959) dice: “*el niño que utiliza su imaginación y los seres que la pueblan para resolver sus problemas es un ser que trabaja para su propia salud mental. Él puede mantener sus vínculos humanos y su buen contacto con la realidad, al mismo tiempo que conserva su universo imaginario*”.

El hecho de que Kalen fuera un niño con mucha *imaginación* no necesariamente era un aspecto negativo, pues este podía ser más un recurso que algo negativo si se utiliza a favor de él. Por lo que es importante saber distinguir capacidades positivas tras *comportamientos* aparentemente dignos de *reproche*.

Por lo tanto, antes de combatir el comportamiento “negativo” lo que pudiera resultar inútil *¿no sería preferible preguntarse de qué manera se podría utilizar su potencial, canalizándolo en otra dirección?*

Cuando Kalen menciona: “*Tú si me entiendes*” es de vital importancia para su proceso pues para que un niño pueda sobrellevar una situación difícil, es necesario que se sienta *aceptado* por alguna persona, ya sea un adulto, otro niño o un joven. El sentimiento de ser profundamente aceptado y el contar con un entorno que brinde sostén son primordiales para que una persona se vuelva *resiliente* (Vanistendael, 2002).

Por su parte, Llobet (2005) refiere que los vínculos afectivos con un adulto, permitirán a niños y adolescentes desarrollar la capacidad de experimentar *confianza* y, como consecuencia, consolidar relaciones estables, aceptando los aspectos positivos y negativos de los otros y de sí.

Otro aspecto que le preocupaba a Kalen era el creerse un niño “*malo*” por no cumplir con las expectativas de los demás, al no controlar sus impulsos agresivos, destruir objetos (por la dificultad en la coordinación motriz y posible hipertonía) y probablemente también por hurtar objetos de los demás.

K: (Toma un muñeco bebé) *Parece que está enojado contigo..... Porque nunca juegan con él..... Porque es un bebé malo.*

Ψ *¿Y que lo hace malo?*

K: *No lo sé pero es un bebé malo, no tiene boca para tomar su mamila y la toma por su nariz (aprieta con mucha fuerza la cabeza del muñeco).*

K: (Toma los animales) *El cocodrilo es malo.*

Ψ *¿Y qué es lo que lo hace malo?*

K: *Porque come carne... Mato al pulpo porque es malo... Es malo porque asalta barcos y los rompe.*

K: *Es un robot malo por eso le arrancaron las manos.*

Ψ *¿Y qué es lo que lo hace malo?*

K: *Quiere destruir a la humanidad..... Se tiene que autodestruir para salvar a la humanidad.*

K: (Rompe una flecha al tratar de colocarla en el arco y los regresa a la caja de juguete).

Ψ (Posteriormente en otra sesión toma de nuevo el arco y al ver que lo iba a romper de nuevo le comento) *¿Cómo crees que le podrías hacer para evitar romperlo?*

K: *No sé, siempre rompo las cosas (deja el arco).*

Ψ *Preferiste dejar el arco. ¿No te gustaría aprender cómo tomarlo para no romperlo?*

K: *No, bueno sí, quiero aprender.*

Ψ (Le muestro cómo tomar el arco). *Solo es cuestión (interrumpe).*

K: *De práctica.*

K: (Jugando batalla naval con la terapeuta) *No te quiero dañar.*

Ψ *No te preocupes, yo me encargaré que los dos estemos a salvo.*

Llama la atención que Kalen mencione que no quiere dañar a la terapeuta cuando en realidad no se encontraba en riesgo, por lo que se observa claramente la *proyección* de sus impulsos.

Kalen aun necesitaba de alguien *externo* que le protegiera de sus impulsos agresivos, sin embargo, en casa no le proporcionaban esa *contención* que necesitaba. En la escuela por ej. cuando llegaba a agredir a alguien, los

padres no le daban importancia a lo sucedido, incluso el padre le decía: “*Pues te estabas defendiendo*”. O la madre cuando B, la hermana de Kalen descalabró a un niño por aventarlo comentó: “*Pero solo le dieron unas puntadas al niño y le di \$500 a la mamá y como era mi cuñada no se puso difícil*”.

Uno de los aspectos que se trabajó con Kalen y la madre fue el fomentar la constancia en la vida de Kalen. En un principio fue difícil para Kalen formar un vínculo con la terapeuta, pero conforme fue pasando el tiempo logró vincularse al espacio terapéutico, al grado que esperaba el día de su sesión, pensaba sobre qué quería hablar y hacía todo lo posible para que continuaran llevándolo.

K: (después de 3 semanas de no asistir) *Hace mucho que no venía. Ya extrañaba.*

Ψ *Si, hace mucho que no nos veíamos, me da gusto volver a verte.*

K: *A mí también..... Aquí me siento seguro..... Aquí puedo ser yo..... Nadie me dice que deje las cosas.*

K: *Mi abuelita no me quería traer..... Le insistí y le insistí y le insistí..... No quiere que pierda clases.*

Ψ *¿Y qué podríamos hacer para que tu abuelita te traiga y no te cueste tanto trabajo?*

K: *Hablar con ella. Me gusta estar aquí, este es mi espacio. Este lugar me gusta mucho..... Puedo jugar y nadie me quita los juguetes o me dice que deje eso o que todavía no puedo jugar.*

Mamá: *En casa ha mencionado que solo su terapeuta lo entiende.*

K: *Y me quie* (no termina la palabra pues se apena).

Ψ *Efectivamente, también te quiero Kalen.*

K: (sonríe).

Para todo ser humano el “*amor*” constituye el alimento psíquico más importante y por lo tanto “*no existe ayuda eficaz y duradera si no existe amor auténtico*”. Si aquel que ayuda (padre, profesor, médico, terapeuta, etc.) no está movido por un profundo amor por sí mismo, por el ser humano y por su trabajo, no hace más que un trabajo técnico y rutinario (Vanistendael, 2002).

Por otro lado Grotberg (1996) menciona que la *confianza* es un aspecto clave para el desarrollo de la resiliencia, pues para ello es necesario que el niño cuente con personas a su alrededor en quienes pueda confiar.

En una ocasión cuando faltó un mes porque se enfermó de varicela, la mamá mencionó que Kalen había insistido mucho para que me llamara y pudiera hablar conmigo. Me llama, lo saludo, le pregunto cómo está, le digo que me dio gusto hablar con él (*Kalen menciona que a él también*) y le digo que se sienta con la confianza para hablarme cuando lo desee.

Posteriormente en otra sesión comenta lo siguiente:

K: *Me gusta venir..... Yo creo que voy a venir hasta que sea adulto.*

K: *¿Cuántos años has trabajado aquí?*

Ψ *Desde 2010.*

K: *¿Cuándo cumplés dos años?* (anteriormente le había comentado a Kalen que solo estaría dos años en el centro comunitario).

Ψ *En agosto del 2012.*

K: *El 2012 no me gusta..... Porque se acaba el mundo..... Y si se acaba el mundo no me importa porque he vivido suficiente para para para para divertirme (se angustia). No me gustaría que fuera el fin del mundo pero todo tiene un principio y un fin. Pero no tengo miedo si se acaba el mundo, no, no, no tengo..... Terminar las sesiones sería el fin del mundo..... Si se acaba el mundo no creo que haga todo lo que quisiera hacer.*

Ψ *¿Y qué te gustaría hacer?*

K: *Construir una casa en el árbol, conocer la nieve, tener un perro, viajar a E.U.*

K: *La primera vez que vine pensé que me llevarían a otro lugar diferente pero este ha durado mucho tiempo.*

Ψ *¿Y cómo te has sentido?*

K: *Bien, ya no me siento solo y puedo decir lo que me pasa.*

K: *Ya va a ser mi cumpleaños..... No me gusta..... Ya no voy a ser niño..... No voy a poder jugar.*

Ψ *¿Crees que cuando seas grande ya no vas a poder jugar? ¿Crees que los adultos ya no jugamos? (En realidad no era eso lo que le preocupaba a Kalen, sino el dejar de ser niño y no poder continuar con la terapia).*

K: *No sé.*

Ψ *Los adultos todavía seguimos jugando.*

K: *¿Con los muñecos de niños?*

Ψ *Algunos sí, otros con juegos de adultos..... Por ej. Yo me estoy especializando en el juego de los niños, a mí me gusta jugar con los niños.*

K: *Y a mí me gusta jugar con todo aquel que le guste jugar con (se queda callado, al parecer iba a decir “conmigo”).*

K: *¿Aquí vendré hasta que sea niño?*

Ψ *Recuerdas que en un inicio comentamos que aquí estábamos dando un servicio y que algún día se iba a acabar (se sorprende y me mira, después agacha la cabeza). Estamos por terminar la escuela en Junio. Pero ya veremos, si aún necesitaras continuar con el proceso, veré si hay la posibilidad de continuar.*

K: *Si, yo quiero seguir viniendo. Y si no hubiera la posibilidad me desmayaría (se tira al suelo).*

Después de esa sesión, por primera vez Kalen invita a la terapeuta a jugar canicas con él (siempre jugaba solo).

Anteriormente se le había comentado a la mamá de la importancia de llevar a Kalen con un terapeuta de aprendizaje, sin embargo, no lo llevó, por lo que otro recurso fue sugerirle llevarlo al taller de lecto-escritura que estaban impartiendo en el centro comunitario. Aceptó llevarlo pero a Kalen no le gustaba mucho la idea.

K: *La primera vez que vine pensé que solo vendría una sola vez (como en otras ocasiones, la falta de constancia).*

Ψ *¿Y cómo te sentiste?*

K: *Mejor. Me gusta venir (sonríe).*

Ψ *Pensaste que solo sería una vez y tal vez no te gustaba mucho la idea de venir pero ahora te has sentido mejor. ¿Qué te parece si le das una oportunidad a la psicóloga? Ella podría ayudarte con las dificultades que tienen en la escuela. ¿Qué te parece si lo piensas y lo platicamos para la siguiente semana?*

K: *Si.*

Ψ *¿Pensaste sobre el taller de lecto-escritura?*

K: *Si pero estoy aterrado, tengo miedo..... De que me digan de cosas porque no sé escribir bien, se que debo ir pero me da miedo, me aterra, no quiero que se burlen de que no se escribir bien..... En la C. L. (escuela anterior) se burlaban de mí. Ahora en esta escuela ya no se burlan.*

Ψ *¿Y cómo le hiciste para que no se burlaran?*

K: *Fui diferente. Ahora me acerqué a los niños..... Me junté con ellos..... Al primer niño al que le hablé fue a O., ya no va, pero todavía lo veo..... No tuve miedo porque pensé que si ellos se burlaban tenía a mi familia que no se burlaba.*

Ψ *Fuiste muy valiente pues a pesar de que te daba miedo de que tus nuevos compañeros se burlaran, implementaste esa estrategia. Las personas valientes son aquellas que a pesar del miedo se atreven a hacer las cosas. ¿Crees que esa misma estrategia podrías utilizarla en el taller?*

K: *Si (sonríe).*

A pesar de que se trabajó la resistencia de Kalen para asistir al taller, la madre no lo llevó. Esto mismo pasó cuando la madre había considerado llevarlo con la neuróloga, se trabajó la resistencia con Kalen pero la madre no lo llevó. Esto fue muy frustrante para la terapeuta como seguramente también para Kalen.

Por otro lado, era importante cuidar y hacerle ver a la madre que el que lo llevara con los especialistas, la responsabilidad de ayudar a Kalen no era únicamente de ellos, sino de ella también, pues la madre tendía a deslindarse de la *responsabilidad* y esto mismo lo estaba aprendiendo Kalen.

Mamá: *Lo cambiaron a otro salón porque no trabaja, “porque sus compañeros” no le dicen qué tiene que hacer y porque no le hablan (Kalen está a punto del llanto).*

K: *No quiero ir a la escuela “porque el maestro” no me da el material para trabajar.*

Ψ *¿Por qué no te da el material?*

K: *No sé.*

Ψ *Y si el maestro no te da el material ¿qué podrías hacer tú?*

K: *La maestra no me puso atención cuando me quemé el dedo y grité y no me hizo caso y entonces decidí hacer las cosas a mi manera. Salí rápido a mojarme el dedo (aprendiendo a responsabilizarse).*

K: *Ahora ya pongo atención, los ignoro (compañeros) cuando me hablan, les digo que no puedo ahorita y esperan hasta que pueda hablarles..... Cuando vamos al baño hacemos burbujas con el jabón (hace un círculo con los dedos para mostrar cómo hacen las burbujas).*

Ψ *¡Wao! Eres muy creativo Kalen. Me sorprendiste. A mí no se me hubiera ocurrido hacer burbujas con los dedos.*

K: *También inventé el rayo misil y el rayo destructor..... Inventar es mi tiempo favorito.*

K: *Inventé el juego de los zombies y juego con mis compañeros.*

K: *Cuando me aburro veo animales de verdad. Encuentro insectos, arañas... Una vez encontré piojos y pulgas en una planta y eran tan pequeños que los tenía que ver con una lupa (Recursos de Kalen: Inventar, crear, imaginar, investigar).*

Dentro de los elementos que promueven la resiliencia en los niños está la capacidad para *crear e investigar*. El juego es una forma consciente o inconsciente de contrarrestar la fuerza con la cual golpea una situación adversa. El niño suele canalizar sus miedos a través de él, para lo cual utiliza todo el recurso de su imaginación y fantasía para construir un mundo conforme con los propios deseos, dentro del cual recrea las situaciones estresantes de tal manera que pueda controlarlas, logrando así recuperar la confianza y el valor perdidos (Llobet, 2005).

Sesión 51-75 (continuación de la fase intermedia)

Durante este periodo se fortaleció el vínculo con la terapeuta, se trabajó la relación con su padre, los recursos externos con los que cuenta (especialmente con su tía J.), las dificultades que presenta en la escuela y que lo llevan a desanimarse para seguir intentando, la autoestima y el cuidado de los demás.

Al regresar de vacaciones le comento a Kalen de que podremos continuar con las sesiones, entonces voltea a ver a la terapeuta y sonríe.

K: Qué bueno porque tengo mucho de qué platicar.

Se hace nuevamente el re-encuadre pues Kalen aun creía que asistía a terapia porque estaba “loco”.

Ψ No vienes aquí porque estés loco. Como te había comentado anteriormente yo soy psicóloga y juego y paso tiempo con los niños. Aquí vienes para aprender a identificar tus emociones, a entender cómo te sientes, entender lo que sucede, poder llevarte mejor con los demás, aprender a convivir..... A veces hay cosas que nos asustan, nos preocupan y nos da pena hablar y preferimos no hacerlo porque pensamos que los demás se pueden burlar. A veces quisiéramos olvidar pero no siempre podemos hacerlo, pero lo que sí podemos hacer es hablar de ello y eso nos puede hacer sentirnos mejor, podemos entender lo que pasa y/o buscar una solución si la hay.

En un principio a Kalen le costó trabajo vincularse al espacio terapéutico pero después lo hizo y ahora ya planeaba sus sesiones. En una ocasión por ejemplo al finalizar la sesión escribió Kalen en un kleenex lo que le gustaría hacer para la siguiente sesión. Ver Anexo 11.

Otro ejemplo del vínculo que desarrolló con la terapeuta fue el hecho de haber compartido con la terapeuta su álbum de fotos y su cuaderno de dibujos; objetos que antes no había compartido con nadie.

En una ocasión, Kalen jugó con la terapeuta a zafarse de las esposas y menciona lo siguiente:

K: Practico a zafarme por si algún me esposan..... Por robar, ja, ja, ja, no es cierto.

K: Siempre juego solo..... Mi papá me dijo que le tirara en la esquina para voltearlos (tazos) pero no me enseñó a jugar..... Jugué con mis compañeros. Jugué y gané. Nunca había ganado nada.

Ψ Veo que tiras con fuerza los tazos..... Entonces tuviste que tirar varias veces hasta que aprendiste.

K: Sí, con la práctica aprendí.

K: Mi papá jugaba antes conmigo y me cargaba, ahora ya no.

K: Comencé a jugar Mario Bros con mi papá..... A mi tía J. le encantan los videojuegos y juega conmigo..... Mi papá parece un héroe porque siempre pasa todos los niveles.

Antes de las vacaciones de navidad Kalen le da un regalo a la terapeuta.

K: Te traje un regalo. Es muy rico, no te voy a decir qué es porque quiero ver tu cara de sorpresa. Es muy rico porque lo compramos en la misma pastelería que este pastel (come pastel).

En otra sesión menciona que se encuentra “temeroso” de entrar a la escuela (ingresaría a 6° grado de primaria).

Ψ *¿Cómo te fue en la escuela?*

K: *Mal porque han pasado muchas cosas. No le entiendo a las cosas y no puedo trabajar..... A las matemáticas..... Mi mamá me regaña..... A veces lo anoto aunque no le entienda para que mi abuela me explique. Aunque no siempre puede ayudarme porque va con mi tía a ayudarle con sus hijas y sus perros. A. y O. (compañeros de la escuela) intentan ayudarme pero no le entiendo..... Me da miedo equivocarme.*

K: *No puedo hacerlo.*

Ψ *¿Qué te hace creer que tú no puedes? ¿Qué has intentado? Yo entiendo que a veces estés en una lucha constante, pero eso no quiere decir que no tengas logros. Haber intentaste tal cosa.... Y cada vez que intentas practicas, si no practicas no lo vas a conseguir, hay que practicar para aprender cómo hacer las cosas. A ti te cuesta trabajo, entonces ¿Qué hay que hacer para poder hacerlo? Pues practicar. Si tú te esperas a que puedas hacerlo para poder practicar nunca lo vas a hacer. Un día tal vez no te salga muy bien, otro día más o menos y así, hasta que te salga.*

K: (Desea jugar correteadas con la terapeuta pero después se desanima y prefiere no hacerlo) *Mejor no porque me vas a ganar. Tú corres más rápido que yo.*

Ψ *Bueno, eso no puedes saberlo, no sabes si te ganaré. Es como si desde un principio dieras por hecho que los demás te van a ganar sin haberlo intentado antes. Y si te desanimas desde un principio y no lo intentas pues es muy probable que te ganen. Es como si perdieras desde el principio pues te das por vencido desde antes de comenzar.*

Kalen menciona muy emocionado cómo fue capaz de resolver el acertijo del “zorro, la gallina y el maíz”. Además de que fue el único de su clase en resolverlo a lo cual le comenté que me sentía “muy orgullosa de él”.

En otra ocasión mencionó que le dieron dos puntos en la escuela por saber los continentes del mundo. Posteriormente su tía J. le regaló un celular por obtener seis puntos extras en la escuela.

Ψ *Me siento muy orgullo de ti.*

K: *Yo también me siento orgulloso de mí.*

Otro logro de Kalen fue haber obtenido un diploma del “niño del mes” por haberse *esforzado* en sus actividades. Llama la atención que ya no necesitaba de alguien externo (en este caso de la terapeuta) para reconocer sus logros, pues él mismo era capaz de hacerlo al decir: “*Me siento orgulloso de mí... No me doy por vencido cueste lo que cueste*”.

La autoestima consiste en la capacidad del individuo para quererse a sí mismo, a partir de una visión realista de su *potencial* y de sus *limitaciones*.

Dos tipos de experiencia son susceptibles de procurar al niño los elementos necesarios para la construcción de la autoestima: la calidad de su *relación afectiva con sus padres* (u otra persona significativa para el niño, en este caso la terapeuta) y sus *logros personales* (Llobet, 2005).

Llama la atención que en la siguiente sesión, Kalen menciona que en la escuela les harán un convivio por el diploma del niño del mes. La hora coincide con la cita de la madre.

Ψ *Kalen tendrá un convivio por lo del niño del mes ¿cómo le hacemos?* (para dejarle la responsabilidad a la madre).

M: *Pues no importa, yo me quedo a la cita. Su papá se quedó sin gasolina así que no podrá llevarlo, me está esperando afuera.*

Ψ *Es importante reconocerle los esfuerzos de Kalen. ¿Qué te parece si mejor la posponemos para la siguiente semana?*

M: (acepta).

En una ocasión Kalen menciona que lleva varios días sin ir a la escuela porque estaba enfermo de la tos y su hermana también y menciona además que lleva varios días teniendo pesadillas y presentando sonambulismo, por lo que le comentó nuevamente a la madre de la importancia de llevarlo con el especialista para que le realicen una evaluación y le den tratamiento. Se le refiere a la clínica del Trastorno del Sueño de la UNAM y se trabajó este aspecto con Kalen. Sin embargo, a pesar de que Kalen aceptó ir, la madre solo lo llevó una sesión y no le dio seguimiento, lo cual fue muy frustrante para la terapeuta el saber que la madre hace caso omiso de las necesidades de Kalen.

K: *Quieren que me quede a dormir. No quiero ir pero tengo que ir..... No hay televisión. Siempre que hay un día difícil la prendo. Me arrulla.*

Ψ *¿Qué te gustaría que hubiera ese día o qué te gustaría que pasara?*

K: *Que vaya mi mamá porque ella me calma. Que me despertaran rápido y me fuera rápido... Una almohada especial, anti ácaros... Llevar mi oso de peluche Teddy. Se lo quité por accidente a mi tía.*

Otro ejemplo donde se muestra que la madre no es capaz de ver por las necesidades de sus hijos fue cuando la hermana de Kalen tuvo un accidente grave en un paseo escolar y no fue por ella. También hubo negligencia de parte de la escuela pues la niña estuvo sangrando todo el día y no la llevaron al médico y le dijeron a la madre que no era necesario que fuera por ella (se encontraban en Puebla). Para Kalen fue muy angustioso esta situación y lo narró de la siguiente manera:

Ψ *¿Cómo estás?*

K: *Bien..... Triste..... Porque ocurrió un suceso muy desafortunado..... Te quería comentar porque no puedo dejar de estar triste..... Fuimos al paseo (narra los lugares que visitaron). Un sr. sacó un cocodrilo y B. (hermana) quiso tocarlo. Estaba en las gradas, se resbaló y se lastimó..... Estuvo todo el tiempo sangrando y no la atendieron..... No pude divertirme del todo..... Lloro (hermana) porque quiere bailar (en el evento de navidad de la escuela). Ahora nos llevamos mejor. Me quiere más y la quiero más... Le presté mis juguetes.*

Cuando Kalen comentó lo sucedido fue muy impactante para la terapeuta pues desconocía lo que había sucedido, pero lo que más le dolió fue escucharlo decir: “No puedo dejar de estar triste”.

En una ocasión cuando su amigo E. se fue de viaje, le encargó su pececito a Kalen para que lo cuidara. Cuando regresó, se lo entregó “sano y salvo”, por lo que le reflejo a Kalen que también es capaz de cuidar de los demás y retomó algunos otros ejemplos donde lo ha hecho.

Ψ *Me he dado cuenta que también puedes cuidar de los demás. De tu hermana, de tus compañeros.... Por ej. Al jugar con J. juegos donde se requiriera un solo brazo y al ayudarlo a servirse agua... Cuando defendiste a O. para que no lo atraparan... En el sismo cuando le dijiste a tu hermana como colocarse para protegerse y al tener cuidado de no aventar a los niños más pequeños.... O al ver la película de terror para avisarle a tu hermana de qué se trataría y no se fuera asustar... Cuidabas a tu hermana desde que eras pequeño.*

Vanistendael (2002) menciona que la *responsabilidad* puede implicar una dimensión altruista cuando el niño toma a su cuidado un animal, una planta, o incluso a otro niño. Para un niño, la responsabilidad de cuidar un animal, una flor o ayudar a otra persona, le da la oportunidad de ir más allá de las fronteras del ego en una relación constructiva. La responsabilidad bien asumida puede dar el sentimiento de ser *útil y apreciado*, siempre y cuando este trabajo no sobrepase las posibilidades del niño.

Al trabajar la emoción de “felicidad”, Kalen menciona lo siguiente:

K: *A las personas les da miedo encontrar la felicidad... Los malos hacen cosas malas y no encuentran la felicidad... Hay un camino para llegar a la felicidad pero hay muchas piedras en el camino. Ver anexo 12.*

En una ocasión cuando Kalen llegó enfermo a la sesión me percaté de que no era capaz de diferenciar entre tos, dolor de garganta, mormado o ronco, por lo que se trabajó este aspecto con él. Posteriormente menciona que en la semana tuvo varios “sobresaltos de alegría”.

K: (Los sobresaltos fueron...) *Uno, porque el maestro de música me invitó a un coro y me dijo que podría cantar en el Palacio Nacional. Dos, porque nos dieron nuestra credencial para votar, como los adultos. Y tres, porque fuimos de paseo a donde cortan los árboles de navidad..... ¿Cuántas emociones existen?..... Si hay 20 ¿Puedo trabajar más de 20? Hoy quiero trabajar la de emocionado. Me mormé por los sobresaltos. Ver anexo13.*

Mientras Kalen hablaba sobre lo emocionado que se encontraba, mencionó que en la vida ha tenido varios momentos “épicas”. Posteriormente pregunta sino noté lo que dijo (“épico”) a lo cual le respondí que efectivamente me había sorprendido que utilizara esa palabra tan compleja, que inclusive ni yo misma la conocía. Sonríe y menciona que le gusta buscar palabras nuevas en el diccionario. Un dato curioso es que al terminar la sesión, Kalen ya no se encontraba ronco ni mormado.

Axline (1994) menciona que los seres humanos *necesitamos* de la *confianza* de los demás en nosotros. Para un niño lo importante es verse *reconocido y aceptado*, y sólo se puede ser uno mismo si alguien te confirma que te reconoce como persona.

Cuando se trabajó la emoción de “miedo” un dato importante fue el hecho de que Kalen se preguntara si “*realmente existían las cosas a las que temía*”. También comenta lo siguiente:

K: *El miedo es un cuadro malévolo. Te hace cosas malas..... El payaso maldito mataba a las personas y a los niños y les hacía cosas feas. Decía: “Los voy a volver locos con su imaginación”..... Todos murieron, el papá, el hermano y la niña. Ella le tenía miedo a su papá, de que le pegara pues era muy estricto.*

Posteriormente para sentirse con mayor libertad para hablar de sus miedos, Kalen menciona lo siguiente:

K: *Vas a decir que estoy loco. ¿Puedo contarte sin que pienses que estoy loco?*
Ψ *Yo no pienso que estés loco Kalen (comienza a hablar de sus miedos).*

K: *Cuando tengo miedo tapo la tv. La tv la tenía desde que tenía 5 años, es mi compañera, fue de mis abuelos..... Vas a creer que estoy loco pero creo que alguien me está viendo, veo cosas detrás de la tv. A veces veo sombras en la puerta.*

Posteriormente la madre menciona que llevará a Kalen con una terapeuta de Integración Sensorial. Cabe mencionar que el abuelo será el que pagará las sesiones. Asisten a la entrevista pero Kalen se muestra renuente a regresar nuevamente.

Ψ *¿Cómo te fue con la terapeuta?*

K: *No me gustó ir con ella.*

Ψ *¿Por qué no te gustó? ¿Qué fue lo que no te gustó?*

K: *No sé y tampoco pude explicarles a mis padres.*

Ψ *Qué te parece si comenzamos por hablar ¿A dónde fueron? ¿Cómo era el lugar? ¿Qué había?*
(posteriormente le hago varias preguntas para tratar de entender por qué no le había gustado)

K: *Está muy lejos. Hicimos 45 min..... Me hizo hacer cosas..... Como saltar. Son tonterías. Son cosas que ya había hecho antes. Era aburrido..... Lo hice mal a propósito porque no quería hacerlo. A veces cuando no quiero escuchar me meto en mi mundo e ignoro a los demás..... Me pidió que cerrara los ojos. No me gusta cerrar los ojos porque siento que pueden desaparecer las cosas..... Me dijo que trabajaría con otros niños. No me gusta jugar con nadie. Bueno, solo con mi familia, con mi mamá, mi tía, mi hermana y contigo y a veces con E. (amigo) pero no siempre porque destruye mis cosas.*

(Muestra con los Max Steel por qué no le gusta jugar con otros niños: “Se pone furioso y golpea”). *No quiero que me obliguen a jugar. Los niños no juegan como yo, con la imaginación, siempre he jugado así. Siempre juego solo. No me gusta moverlos (juguetes) de su lugar. Si juego a correr, a las escondidillas, pero no con los juguetes..... Había también animales disecados. Había un perico que le cortaron las alas, fue lo que más me dio miedo. Me dijeron que era una técnica..... No me gustó ver los juegos que ya estaban viejos, estaban botados y había basura..... Había un baño con una lavadora. Había bacinicas, era como un kínder.*

Cuando Kalen menciona que “no le gusta cerrar los ojos porque siente que pueden desaparecer las cosas” se puede observar claramente que Kalen aun no había logrado la “permanencia de objeto”, es decir, el conocimiento de que los objetos existen en el tiempo y el espacio, estén o no presentes y se vean o no.

En una ocasión al preguntarle qué le había sucedido (traía el labio partido), Kalen menciona que “se cayó al despertar”. Al preguntarle cómo sucedió no quedó claro cómo fue y evadió el tema. Posteriormente menciona que en la escuela le pusieron una pomada pero en casa nada, entonces se trabajó la *responsabilidad* y el *autocuidado*.

En una ocasión, Kalen estaba muy emocionado porque haría un convivio en su casa y deseaba invitar a todos sus amigos (vecinos), sin embargo había disputas entre ellos y estaban divididos en “bandos” y posiblemente no asistirían, pero Kalen deseaba que todos fueran a su convivio.

K: *Yo quiero que vayan todos. Implementaré una estrategia para ello.*

Ψ *Me parece muy buena idea lo de implementar una estrategia para que vayan, sin embargo, no sabemos si funcionará o no..... Hay cosas que puedes controlar, por ej. puedes decidir cuándo quieres hacer la reunión, en dónde, a quienes quieres invitar, etc. pero hay otras cosas que no puedes controlar, como la decisión de tus amigos de asistir o no a la reunión, eso solo depende de ellos.*

Posteriormente al preguntarle a Kalen cómo le fue en la reunión comentó:

K: *Atrás del edificio está la parte mala.*

Ψ *¿Por qué? ¿Qué es lo que hace mala?*

K: *Atrás hay pasto. Atrás está la casa de mis abuelos..... Hay trampas, púas, rejas, alarmas, perros para no pasar.*

Kalen menciona que no le gusta ir a las fiestas familiares porque asiste una niña que le gusta Kalen. Para Kalen es tan difícil hablar del tema que no se atreve a hablar de ello, sin embargo, desea hacerlo y entonces acordamos que le haría preguntas y él respondería asentando o negando con la cabeza. Al final se angustió tanto que se tuvo que dejar de hablar del tema.

En varias ocasiones, Kalen mencionó algunas experiencias que vivió y que acrecentaban su miedo inconsciente al *infanticidio*, además de reforzar la idea de un *entorno peligroso*.

K: *Mi abuelo tiene una patrulla y ofrece muchos servicios. Tiene cuatro pistolas y da clases de tiro..... Yo tengo una pistola de gas..... Sus hermanos ya murieron. Uno murió porque se vomitó. Otro se mató porque chocó. A otro lo mataron en el trabajo. Y a uno más lo mataron..... Le da miedo a mi abuelo porque dice que se aparecen en el espejo y le avisan cuando se morirán sus hermanos. Solo le queda un solo hermano. Le dio una pistola para que no le pase nada..... Mi abuelo sabe si los demás mienten. Te observa y se da cuenta si estás mintiendo. Me obliga a leer..... No le importa lo que esté haciendo, me pide cosas.*

En otra sesión Kalen toma la pistola de juguete y dispara a los soldados. Posteriormente menciona que su abuelo le enseñará a usar la pistola de balines cuando tenga 12 años y le heredará sus pistolas cuando tenga 17 años. Al dispararles a los soldados, accidentalmente le da al franelógrafo de las emociones y comienza a dispararle a la carita del miedo.

K: *Me cae mal el miedo y por eso le doy (dispara).*

Ψ *Entonces acaba con él.*

K: (Dispara a los soldados) *Pensaba en las personas que me caen mal pero no quiere decir que les dispare de verdad.*

K: *Le voy a dar a este (soldado) que está borracho. Los borrachos no me gustan..... No me gusta hablar de eso porque es aburrido..... Mi abuelo tiene muchas pistolas en la casa. En el baño, en el cuarto, atrás del refri, en el cajón..... siempre quise jugar con soldados pero una vez que mi mamá me los tiró y vendió, me enojé y ya nunca más quise jugar con ellos.*

Ψ *Si, recuerdo que me has comentado que tu mamá vende tus juguetes. ¿Hay otras cosas que se puedan vender?*

K: *Los perros, las cosas..... Los robachicos venden a los niños..... Me podrían proteger los policías..... Pero no, los policías no me gustan. No sé.*

K: *El hermano de la amiga de mi mamá fue al bosque, sus amigos le hicieron una broma y se accidentaron y se mataron, cayeron a un barranco. Quedó solo. Unos coyotes lo perseguían y decidió cortarse el dedo y se los dejó para que pudiera escapar. Ahora tiene un implante. Se ha lastimado varias veces y camina cojeando.*

K: (En navidad fueron a Cuernavaca de vacaciones) *Mi tía P. se descalabró por accidente, se resbaló. Sus papás murieron. Su papá murió en un accidente y su mamá por enfermedad del corazón..... En*

navidad mi abuelo nos llevó a tirar con las pistolas..... Tengo un tío que es hechicero. Ve ovnis. Dice que hay espíritus en su casa. Dice que saltar no es bueno porque es como si me golpeará el cerebro. Dice que una niña se murió por saltar la cuerda.

K: Mi papá se enojó mucho y rompió la casa que había construido..... Mis amigos destruyeron mi castillo por accidente y mi tía J. lo armó de nuevo.

Los *factores de protección* son aquellas variables (personas, situaciones, actitudes, etc.) que ayudan a prevenir o reducir las situaciones negativas o los efectos del riesgo (Puig y Rubio, 2011).

A veces una relación por muy débil que sea, puede ser la condición necesaria para que se pueda desarrollar la resiliencia en un niño. La red familiar amplia (abuelos, “tíos”, etc.) son figuras que pueden desempeñar roles de apoyo con respecto a los niños y a los padres.

En varias ocasiones, Kalen habló de la serie: “The walking dead” en la que mencionó cómo los zombies se comen a las personas, donde la gente tienen que sobrevivir ante los peligros constantes, donde un niño se ve obligado a matar a su madre pues se convierte en zombie y donde se mutilan para evitar convertirse.

K: (Al hablar de los zombies mueve las manos) Cuando muevo las manos me siento seguro y tranquilo.

Se hace el re-encuadre respecto a las sesiones y Kalen menciona lo siguiente:

K: Le dije a mi mamá que cada 15 días vendré porque comenzó con los reclamos (por ir cada 8 días).

Sesión 76-92 (Fase final)

Durante este periodo se trabajó: la responsabilidad y el autocuidado en el uso de armas, se continuó con la expresión de emociones, el cierre del ciclo escolar y el comienzo de una nueva etapa (secundaria), la despedida de sus compañeros(as), el autoconcepto, el sentido de la vida y el cierre del proceso.

En una ocasión, cuando Kalen menciona que se lastimó el brazo porque se tropezó con su agujeta al preguntarle qué podría hacer para evitar volverse a caer, menciona que nada porque “*nadie le dijo que tenía las agujetas desabrochadas*”. Se trabaja con Kalen la responsabilidad y el autocuidado.

K: *No le dije (se queda un rato en silencio) porque no hace nada. Mi mamá no hizo nada, ni me puso pomada ni nada..... No había nadie quien nos cuidara. Nos dejaron solos (hermana y Kalen).... Antes, mis primos me molestaban mucho. Quemaron mis soldados. Mis tíos me molestan..... No les dije a mis papás porque no hacen nada..... Esperaba que les dijeran algo pero no hicieron nada.*

Vanistendael (1994) menciona que el riesgo es inherente a la vida e inevitable, pero la *sobreprotección* puede a largo plazo destruir la resiliencia, incluso más que la violencia. Por lo que una buena educación debería favorecer el movimiento continuo de este equilibrio entre riesgo y protección, abriendo al niño nuevas experiencias (riesgos), pero en un contexto de seguridad y teniendo en cuenta sus límites (seguridad). De esta manera el niño podrá aumentar progresivamente su capacidad de defenderse y de construir su vida en circunstancias variadas, ya sean éstas positivas o negativas.

Cuando se trabajó la “tristeza”, Kalen mencionó que esta sirve para “*reconciliarse con las personas*” y que su amigo E. le regaló su diente de leche cuando se reconciliaron. Ver anexo 14.

En una ocasión cuando Kalen iba triste por no saber lidiar y aceptar a uno de sus vecinos que era líder de su grupo de amigos, estaba tan desanimado que todo lo que se le proponía respondía con apatía.

K: *No tengo con quien jugar. Siempre quieren jugar a lo que dice R. (vecino). Ya me aburrí de jugar siempre lo mismo. Todos le hacen caso a él.*

Ψ *¿Y si propones un nuevo juego, algo diferente?*

K: *No van a querer jugar. Mi hermana juega con sus amigas y no tengo con quien jugar porque ellas quieren jugar cosas de niñas.*

Ψ *¿Y si juegan juegos en los que puedan jugar niños y niñas?*

K: *¿Como cuáles?*

Ψ *Correteadas, saltar la cuerda, pelota, beisbol, voleibol, juegos de mesa, legos.....*

K: *A veces jugamos el memorama que me regalaste (de emociones) pero..... Por eso me la paso en la tv o en la computadora porque no tengo con quien jugar..... Una vez fue un niño por mí a jugar pero.....*

Ψ *¡Exacto! ¿Y si vas a buscarlos?*

K: *No porque no sé a qué hora salgan, además igual y no quieren jugar.*

Ψ *Eso no podrás saberlo hasta que se los preguntes..... Tal vez podrías jugar al juego del zombie que tanto te gusta.*

K: *No porque..... Ya no quiero hablar de esto porque ya me puse triste de recordar.*

En una ocasión cuando Kalen llegó cansado y no quiso realizar ninguna actividad, decidió jugar batalla naval y comentó lo siguiente:

Ψ *¿Cómo estás?*

K: *Bien* (con cara de desánimo).

Ψ *¿Cómo bien? ¿Alegre, contento, animado? Aunque yo te veo desanimado. Si quieres puedes ayudarte de las tarjetas para expresar como te sientes.*

K: *Desmotivado, relajado, cansado, muy cansado, feliz, satisfecho..... Hoy no quiero hablar.*

Ψ *Está bien si no quieres hablar. ¿Qué te gustaría hacer? O si prefieres no hacer nada también está bien* (Decide jugar batalla naval con la terapeuta).

K: *Vi tus naves pero solo para ver si el tuyo lo arreglaron.*

Ψ *Eres honesto.*

K: *Si lo soy.*

Ψ (Adivino sus coordenadas y hundo uno de sus barcos)

K: *Sí, así es ¡soy honesto!* (lo dice muy emocionado y sonríe).

En la siguiente sesión Kalen lleva una libreta para mostrársela a la terapeuta donde sus compañeros le escribieron mensajes de despedida. Algunas cosas que le escribieron fueron: *“Te vamos a extrañar, eres un buen compañero, nunca cambies, tienes muy buen sentido del humor, eres un gran amigo, no nos olvides, espero que disfrutes el verano, que te vaya bien en la CQ, eres muy agradable”*.

Posteriormente Kalen menciona y recuerda el primer día que asistió a terapia y cuando invitó por primera vez a sus amigos a su casa. Realmente disfruté mucho este logro de Kalen. El que haya logrado relacionarse mejor con sus compañeros y que aprendieran a quererlo y aceptarlo como es.

Cuando se trabajó la emoción del “enojo” mencionó lo siguiente para tratar de tranquilizarse.

Ψ *¿Qué haces cuando estás enojado para tranquilizarte?*

K: *A veces pienso que estás tú (terapeuta) o mis amigos y te enseño mis juguetes... Hago gárgaras..... Me voy a dormir... Me meto a mi casa corriendo... Me encierro en el baño, es el cuarto de los pensamientos... Abrazo a Cocó (su perro), la acaricio, le platico aunque no entiende... Me meto a bañar... Tomo agua fría o una paleta de hielo... Me hecho agua en la cara... Aprieto, pico o aplasto una pelota... Salgo a jugar... Me pongo a brincar en el brincolín y siento como si volara... Me columpio en una hamaca.*

Le comento a Kalen que me sorprendieron mucho sus respuestas pues me parecen muy buenas y prácticas. Le pregunto si puedo compartirlas con otros niños y acepta. Dibuja algunas estrategias y lo titula *“El enojo y sus tranquilizantes”*. Ver anexo 15.

Kalen menciona que su abuelo lo llevó a un campo de tiro y le enseñó a disparar un arma. Posteriormente menciona muy enojado:

K: *Un estúpido metió a dos niños de 4 años.*

Ψ *Sí, creo que no fue lo más adecuado llevar a los niños. El enseñar a los niños a usar armas es muy peligroso, pueden lastimarse o lastimar a los demás.*

K: *Yo tengo cuidado cuando uso el arma* (se queda pensando).

Al final menciona que desea trabajar la emoción del “odio” pero no se trabajó pues en la siguiente sesión, Kalen iba muy desanimado para querer trabajar. Este desánimo que venía presentando Kalen era debido al cierre del ciclo escolar pues menciona que no le agrada la idea de asistir a la secundaria. Es un tema que le angustia tanto que no se atreve a hablar de ello.

A la terapeuta le preocupaba también que sus compañeros se fueran a burlar de él por el movimiento de manos, pues a pesar de que había disminuido bastante, aun lo seguía presentando. Entonces se le proporcionan dos pelotas antiestres para que las manipule en caso de que sienta la necesidad de mover las manos, sin embargo, no las utiliza.

Algunos de los *avances* de Kalen fueron el haber jugado fútbol con sus amigos. Anteriormente no lo había hecho pues no se atrevía por pena y por creer que no lo haría bien.

Menciona que su amigo D. “*lo quiere como un hermano*”. Este aspecto fue importante pues habla de su capacidad para vincularse con sus compañeros.

Uno de elementos que promueven la resiliencia es la “*capacidad para relacionarse*” con los demás. Esta capacidad tiene que ver con la habilidad para crear vínculos íntimos y fuertes con otras personas.

Otro logro es el que Kalen haya mencionado que “*últimamente ha tenido un gran gusto por leer*” y narra diferentes libros que ha leído. También menciona que ha tenido avances en el Kumon.

Ψ *¿Cómo te va en el Kumon?*

K: *Bien, ya pasé a otro nivel. Voy en 2°. Aunque todavía me falta mucho.*

Ψ *Bueno, nunca es tarde (interrumpe).*

K: *Sí, nunca es tarde para aprender.*

Uno de los avances más sorprendentes en Kalen fue el hecho de conocerse lo suficiente como para describirse a partir de una sola pregunta: *¿Quién soy?*

Realmente sorprendió a la terapeuta con la fluidez con la que se describió pues primero lo expresó verbalmente y posteriormente lo escribió en una cartulina. Ver anexo 16.

Sus respuestas fueron las siguientes:

¿Quién soy?

1. (escribe su nombre completo)
2. Tengo una hermana menor
3. Tengo una familia genial
4. Tengo unos amigos buenos
5. Tengo 11 años
6. Tengo un perro llamado Cocó
7. Me gusta minecraft
8. Me gustan los legos
9. Me gusta walking dead
10. Me gustan mis apodos
11. Me gusta la colección de cosas raras
12. Me gustan los perros
13. Me gustan las pistolas nerf
14. Tengo cabello chino
15. Soy noble
16. Me gusta construir casas

Lo mejor de mí es:

Mis cualidades que son:

1. Saber palabras que casi no usan las personas
2. Construyo cosas creativas. Adoro construir cosas
3. Invento juegos
4. Para imaginar
5. Para describir

No me gusta:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Las arañas | 11. Que mi mamá se ¿? |
| 2. Las películas de terror | 12. Pelearme |
| 3. No ser socio en club Penguin | 13. Tender mi cama |
| 4. Que me maten en los juegos | 14. Las ranas |
| 5. Soñar feo | 15. Las víboras |
| 6. Caerme | 16. Que me roben |
| 7. Cortarme | 17. La tele en la noche sin taparla |
| 8. Estar enfermo | 18. No poder dormir |
| 9. Estar encerrado en casa | 19. Tener piojos |
| 10. Los mosquitos | 20. La crema, la mayonesa y la mostaza |

Cabe mencionar que este ejercicio se realizó con Kalen pensando que se necesitaba trabajar el autoconcepto, sin embargo, ya estaba consolidada esta parte y confirmé una vez más que la *técnica del reflejo* de Rogers es muy efectiva en los niños.

Al comunicarle al niño su conducta, actitudes y sentimientos es como será capaz de comunicarlo a los demás y le permitirá conocerse. El terapeuta es como un espejo en el que el pequeño puede verse tal como es.

Por otro lado, Grotberg (1996) identificó diferentes factores que promueven la resiliencia y los dividió en cuatro categorías: “yo tengo” (apoyo); “yo soy” y “yo estoy” (atañe al desarrollo de fortaleza intrapsíquica); “yo puedo” (remite a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos), algunos factores que se vieron reflejados en este ejercicio.

En una de las sesiones Kalen menciona que hay una niña que le gusta y que lo mejor de todo es que ¡A ella también le gusta Kalen! y menciona:

K: *¡Y ya no me enoja! Soy muy feliz.*

Posteriormente en otra sesión Kalen menciona que está muy feliz pues existen varios motivos para ello.

K: *Estoy muy feliz..... Habrá un convivio con mi hermana..... Vendrá mi primo C. a visitarnos. Faltan 16 días para que venga. Cuento los días a diario..... Invité a E. (amigo) a mi casa..... Me encontré a D. (ex compañero de la primaria)..... El viernes 13 veremos películas de terror en la escuela..... Hay unos nuevos vecinos que se mudaron y siempre voy a ver si tienen hijos.*

Menciona también que tiene un nuevo amigo en la secundaria.

K: *Se llama J. Es muy bueno, es gordito y siempre se junta conmigo. Aunque no quiere que me junte con los demás.*

Después menciona que decidió escribir un diario para poder leerlo cuando sea grande.

Por cuestiones administrativas y de espacio le solicitaron a la terapeuta terminar el tratamiento con Kalen. Se le informa a Kalen del término de la terapia un mes antes. Kalen se sorprende, agacha la cabeza y menciona:

K: *¿Ya no te veré más?..... ¿Qué harás?..... Me voy a acordar de ti para siempre, para siempre, para siempre..... Seré muy sensible ese día..... No me gustan las despedidas porque me pongo a llorar.*

Posteriormente comenta que vio la película: “*Alicia antes del fin del mundo*” y pregunta si ya la vi y comienza a dispararle a los soldados. Cabe mencionar que la primera vez que se le comentó a Kalen de la posibilidad de terminar el proceso, él lo relacionó como “*el fin del mundo*”.

En las siguientes sesiones se comenzó a hacer el cierre con Kalen y recordamos algunas cosas que trabajamos a lo largo de todo ese tiempo.

Decide construir una casa con los bloques para la terapeuta y para que lo recuerde siempre. No la termina pues se angustia demasiado por no poder terminarla a tiempo.

Le comento la opción de mantenernos en comunicación por teléfono o por correo si así lo desea. Esto con la finalidad de que no sintiera la interrupción tan abrupta. Le menciono de la importancia de continuar con su tratamiento, ya sea en el centro comunitario o con otro terapeuta (varón) que le sugiero, pero Kalen menciona:

K: *No me gusta, no me gusta nada la idea, no estoy de acuerdo, no me parece (enojado). Y se hace lo que yo digo.*

Posteriormente comenta que si ya vi la película “*tierra de zombies*” y pregunta *¿qué haría si se diera un apocalipsis de zombies?*

K: *Yo me he preparado por si hay un apocalipsis de zombies. Me encerraría en la escuela o en mi casa, tendría tv e internet. También tendría armas. Me protegería las piernas, los brazos y la cabeza con un casco para evitar ser mordido. ¿Tú qué harías si hubiera un apocalipsis de zombies? Si fuera el “fin del mundo”.*

Ψ *Realmente nunca me había puesto a pensar en eso.*

K: *¿Podrías pensarlo y me dices para la siguiente sesión?..... No me gustan los dulces que tienes (por primera vez menciona que no le gustan los dulces).*

Ψ *Ok. Lo pensaré y lo platicamos la siguiente semana.*

Posteriormente se trabaja la historia de “*Súper Arts*”. Súper héroe creado por Kalen y con el que se identificaba y se reconocía como tal.

K: *Súper Arts soy yo, tengo 12 años, mido 1.50m aproximadamente... Sus poderes son los rayos laser de sus ojos, su fuerza y el que congela a sus oponentes. Aquí (pizarrón) los escribo, al fin nadie me ve..... Tengo un traje en la vida real y un traje en la fantasía. Lo voy a dibujar para que siempre te acuerdes de mí. Ver anexo 17. En el dibujo se observa cómo fue creciendo Súper Arts, desde ser una persona pequeña y frágil hasta ser grande y fuerte.*

Ψ *¿Y cuál es la meta de Súper Arts?*

K: *Encontrar la verdad, saber para qué vine al mundo.*

Ψ *Osea quieres encontrar el sentido de la vida.*

K: *Sí.*

Ψ *Y como ¿cuánto tiempo necesitarás para hacerlo?*

K: *Infinito, hasta que muera.*

Dentro de los factores internos que promueven la resiliencia está la “*introspección*”. Esta última tiene que ver con la reflexión sobre uno mismo, sobre los otros, sobre los hechos y sobre el *sentido de la vida*.

Varios estudios indican que la “*falta de sentido de la existencia*” es correlativa a *perturbaciones psicológicas* y Cyrulnik (2003) llegó a la conclusión de que el sufrimiento deja de doler a partir del momento en que adquiere un *significado*.

En otra sesión:

Ψ *¿Y cuáles serían las metas de Súper Arts en la vida a corto plazo?*

K: *Acabar la escuela. Reunirme con mis amigos de la primaria. Grabar una película (anteriormente grabó videos y realizó historias con los legos). Ser caricaturista. Ser arqueólogo, encontrar cosas y saber. Diseñar mi propio comic de Súper Arts. Salvar a la gente..... Siempre he soñado con volar. Me gustaría ser parkour.*

Ψ *Me preocupa que puedas salir lastimado.*

K: *Si, a mi también.*

Con la arcilla, hace una escultura de Súper Arts.

K: *Para que te acuerdes siempre de mí.*

K: *Me gustaría que me llamas en mi cumpleaños como lo hiciste la vez pasada. ¿Te acuerdas?*

Ψ *Sí, si lo recuerdo. Y si quieres que te llame en tu cumpleaños, te llamaré.*

K: *¡Sí! (sonríe).*

K: *Necesitaré hablar con alguien sino me volveré loco..... Bueno, yo seré mi propio psicólogo.*

Última sesión (cierre)

Kalen pidió chilaquiles y palomitas para su última sesión. Acuerdo con la madre que ella llevará los chilaquiles y yo las palomitas, el refresco y el pastel.

La madre no lleva los chilaquiles, lleva un pastel. La sesión se realiza en el salón de usos múltiples pues en un principio Kalen había mencionado que invitaría a su familia, sin embargo, solo invita a su amigo E.

Al saludar a E. se muestra indiferente, arrogante y con la camisa desabrochada.

Al entrar al salón y preguntarle a E. si conocía la razón del por qué estaba ahí, menciona que no sabe y Kalen responde:

K: *Hoy es mi última sesión (agacha la cabeza).*

En un principio se muestran indecisos para decidir qué hacer, entonces Kalen sale a buscar a su mamá para pedirle que vaya por la película (acordó llevar una película), sin embargo su mamá ya no se encontraba en la recepción.

E. comienza a realizar preguntas pero de manera inquisitoria a Kalen y a la terapeuta, que hacen que el ambiente se vuelva hostil.

Posteriormente deciden jugar con la pelota y lanzarla para atraparla con los discos, pero E. se muestra agresivo con Kalen pues le lanza la pelota muy fuerte con la intención de pegarle y se burla de él cada vez que no la atrapa. Por el contrario, Kalen lanza la pelota con cuidado procurando que E. la atrape.

Se le menciona a E. que no pueden lastimarse y se le refleja su conducta, y es así como disminuye la agresión directa hacia Kalen pero continúa haciendo preguntas y comentarios hostiles.

E: *¿Es un hospital psiquiátrico aquí?..... Tengo una maestra que se llama Angélica (igual que la terapeuta) y es bien mala onda, me cae mal.*

E. intenta ser el centro de atención, la terapeuta se percató de la situación y se dirige hacia Kalen. Entonces Kalen toma la batuta y ahora él es el quien decide qué jugar. Toma los carros y le explica a E. cómo jugarán. Mientras juegan, Kalen se despide con mucha tristeza de sus carros preferidos.

K: *Adiós carros, adiós.*

Al percatarme de ello le menciono que podrá elegir dos carros para llevárselos pues deseo regalárselos. Kalen voltea a ver a la terapeuta, sorprendido y con cara de escéptico, pues no podía creer que pudiera llevarse sus carros preferidos.

Al quedar media hora para terminar la sesión les pregunto si desean comer algo pues quedaba poco tiempo para terminar. Kalen y la terapeuta sirven pastel y refresco pero E. no desea comer nada.

Al preguntarle a Kalen si desea comentar algo respecto al tiempo que estuvimos trabajando, inmediatamente comienza a llorar. Me acerco, lo tomo del hombro y trato de tranquilizarlo pero Kalen llora con mucho dolor, angustia y desesperación:

K: *No puedo. La tristeza me llega de repente. No la puedo controlar. Es muy fuerte. Siento como si me estuvieran golpeando. Me duele. No puedo controlarlo. No sé por qué me viene. No puedo dejar de llorar. Quiero parar y no puedo* (aprieta y tensa todo su cuerpo tratando de reprimir el sentimiento).

Al verlo así, me angustio también y me conecto con su dolor pero pienso que debo ser fuerte para poder *contener* a Kalen.

Ψ *No lo controles, no intentes reprimirlo. Déjalo salir. Te sentirás mejor. Está bien llorar* (interviene E.)

E: *No llorar te hará más daño. Yo también he llorado y sé por lo que estás pasando. Yo también lo viví...*

K: *Por eso invité a E. porque sabía que él no se iba a reír ni a burlar. Por eso no quería que estuviera mi familia.*

K: (cuando se encuentra un poco más calmado).

Ψ *¿Te gustaría decirnos qué fue lo que más te gustó de aquí o qué fue lo que aprendiste durante este tiempo?*

K: (Intenta hablar pero no puede hacerlo por el llanto).

K: *Bueno, continuemos con las preguntas ¿qué me decías?*

Ψ *Te preguntaba ¿qué aprendiste durante este tiempo?*

K: *A ser feliz. Aprendí a ser feliz. Aquí fui feliz.*

Ψ *¿Y qué fue lo que más te gustó de aquí?*

K: *Jugar con los carros, con los soldados, con la pistola.....*

No considerando “suficiente” su respuesta anterior (grave error), pues esperaba que mencionara algo sobre los objetivos de la terapia, como por ej. expresar sentimientos, conocerse, relacionarse mejor con sus compañeros, resolver problemas, etc. le volví a preguntar:

Ψ *¿Qué fue lo que aprendiste durante todo este tiempo?*

K: (llorando nuevamente responde) *Aprendí a ser feliz.*

Posteriormente comprendí la importancia de esta respuesta. *¿Qué más puede uno esperar de sus pacientes sino el que logre ser feliz?*

Al final le entrego un regalo, unos dulces y una carta que le escribí. Le pregunto si desea leerla en ese momento o después, pero prefiere leerla después.

Después comenta:

K: *¿Cuándo es tu cumpleaños? Para que te llame como tú me llamaste (sonríe).*

Antes de salir, Kalen se despide de los juguetes, dirigiéndose a cada uno de ellos.

K: *Adiós soldados, adiós carros, adiós AMATE, adiós títeres, adiós pistola, adiós pelotas.....* (Me entrega la escultura que hizo de Súper Arts) *Para que siempre te acuerdes de mí.....* (Después se dirige a los consultorios donde trabajamos) *Adiós consultorios* (y se queda un momento contemplándolos).

Posteriormente me quedo con la madre 10 min. para recordarle de la importancia de continuar con los tratamientos (terapeuta de integración sensorial y de aprendizaje), así como el darle seguimiento con el neurólogo. Se le da opción de continuar el proceso de Kalen en el centro comunitario o con otro terapeuta (varón) con el que los refiero.

Al salir, Kalen se dirige a su mamá y le pregunta:

K: *¿Qué decidiste mamá? ¿Continuaré con Angélica?*

M: *Eso tenemos que platicarlo.*

Ψ *Recuerda que eso depende de muchos factores... Y depende de lo que sea mejor para ti.*

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES

La *resiliencia* ha cambiado la forma de percibir al ser humano, pues hemos pasado de ser individuos *carentes, vulnerables y víctimas* de las circunstancias a individuos *capaces* de buscar nuestros propios *recursos* y salir *fortalecidos* de las adversidades.

Este cambio ha sido importante pues la percepción que se tiene de los demás influye en la manera de relacionarnos. De igual forma sucede en un proceso terapéutico ya que la percepción que se tenga de los pacientes, influirá en la forma de relacionarnos y trabajar con ellos.

Anteriormente se creía que “*infancia era igual a destino*” pero en realidad nada está dado de antemano, pues si consideramos que la vida humana es un proceso *dinámico*, entonces podemos afirmar que las experiencias de la vida no son *deterministas* sino únicamente *probabilidades*, es decir, una experiencia puede influir en otra pero eso no significa que forzosamente deba ocurrir así, y aun cuando se influyan entre sí, ésta puede adoptar formas muy variadas.

Friedrich Lösel (citado en Vanistendael, 2002) ejemplifica esto de la siguiente forma: “*Si tengo las mejores semillas de una planta pero las planto en un terreno inadecuado y no me ocupo de ellas, los resultados corren el riesgo de ser muy mediocres. Por el contrario, si tengo semillas de calidad media, pero les ofrezco las mejores condiciones de desarrollo, entonces el resultado será ciertamente más interesante*”.

Y termina diciendo que en cada etapa de nuestra vida podemos *construir y reconstruir* sin agotar nunca nuestros recursos. Por ej. Si un físico obtiene grandes logros académicos tal vez hubiera podido sobresalir en otro campo si hubiera tomado otras decisiones, por ejemplo en el deporte, la música, como chef, médico, etc.

Y hablando de física, precisamente los físicos fueron los primeros que dieron lugar a una concepción lineal del tiempo donde observaron la existencia de procesos *irreversibles* en la naturaleza, es decir, donde hay un “antes” y un “después”.

Y esto mismo sucede en la vida humana. Por ej. Si una persona se enferma y se cura, su estado de paciente curado nunca será igual a cuando se encontraba sano, pues no podremos eliminar nunca de su historia personal la experiencia de enfermedad. Y lo mismo pasa con una persona que vivió un acontecimiento doloroso o traumático, pues nunca será la misma que antes. Pero esto no quiere decir que el pasado determine totalmente el presente, pues este puede tener varios caminos. Por lo que no hay que confundir irreversibilidad con *determinismo y fatalidad*.

Para definir a una persona resiliente es necesario que haya sido expuesta a una situación de riesgo. Aunque cabe aclarar que la resiliencia también puede ser promovida sin haberse sido expuesto, es decir, únicamente como una medida de prevención.

En el caso de Kalen, él sí estuvo expuesto a varias situaciones de *riesgo* en su vida, inclusive antes del nacimiento. Un ejemplo de ello fue cuando la madre sufrió de *depresión* en el embarazo. Este es un factor de riesgo pues varias investigaciones han afirmado que el *estado emocional* de la madre hace que disminuya significativamente su ritmo respiratorio, lo cual produce alteraciones en la oxigenación del niño a través de la placenta (Cicchetti, 2001). Otro factor de riesgo fue el hecho de que muy probable para tratar de recuperar la calma, la madre haya consumido tabaco, alcohol o drogas tranquilizantes, pues por la historia clínica se sabía que los padres tenían antecedentes de consumo.

Otra fuente de riesgo fue que seguramente Kalen fue expuesto a ruidos fuertes cuando era muy pequeño (por las fiestas que los padres estaban acostumbrados a realizar en casa), con lo cual alteró su sistema nervioso al no tener el descanso completo (Cicchetti, 2001).

Un factor más de riesgo fue la *violencia familiar* a la que estaba expuesto continuamente Kalen, los conflictos entre la pareja, la baja tolerancia a la frustración de los padres, su incapacidad para resolver problemas de manera asertiva y la dificultad para expresar afecto, cuidado y reconocimiento en Kalen. Por otro lado, la conducta de rechazo permaneció aún después del nacimiento. De parte del padre a través del maltrato físico y verbal y de la madre a través de la sobreprotección al sentirse culpable por haberlo rechazado inicialmente.

Pero como dice Klinkert (2002) los seres humanos no estamos totalmente desprotegidos y vulnerables ante las fuerzas externas, pues *todos* poseemos el *potencial de la resiliencia* que nos sirve como una especie de filtro, es decir, que mitiga los posibles efectos nocivos, y que inclusive muchas veces pueden ser transformados en factores de superación.

El motivo de consulta por el que fue referido Kalen fueron: diagnósticos no precisos, movimiento de manos (tic nervioso), ansiedad, violencia intrafamiliar, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y sonambulismo. Por lo que se le realizó una evaluación completa (en el área perceptual, intelectual y socioemocional) para dar un diagnóstico más acertado y sobre todo entender qué le estaba pasando.

Los resultados obtenidos en la evaluación mostraron inmadurez y daño neurológico debido a factores orgánicos, dificultades en el área perceptomotora que lo llevaban a tener dificultades en la lecto-escritura y cálculo, sin embargo, no presentaba problemas en el área cognitiva. Además de presentar ansiedad, trastornos del sueño (terrores nocturnos y sonambulismo) y ser víctima de maltrato.

Para tratar la inmadurez, el daño neurológico así como los trastornos del sueño se refirió a Kalen con el neuropediatra; también se le refirió con la terapeuta de aprendizaje para apoyarlo con los problemas de lectoescritura y cálculo, sin embargo, la madre nunca lo llevó con los especialistas, lo cual fue una limitante muy grande en el proceso de Kalen.

Y para atender la cuestión emocional se definieron los siguientes focos de intervención: favorecer la alianza terapéutica, promover la constancia, identificar y expresar emociones para autorregular su conducta, fortalecer el autoconcepto y la autoestima, desarrollar mejores habilidades sociales, promover la responsabilidad y el autocuidado, fortalecer las redes sociales y movilizar sus recursos (internos y externos).

La *alianza terapéutica* se incluyó dentro de los focos de intervención pues esta es básica en todo proceso terapéutico para el logro de los objetivos; además de que la *confianza básica* y la *aceptación* (aspectos de la alianza terapéutica) son claves para el desarrollo de la resiliencia (Grotberg, 1996; Vanistendael, 2002).

Se consideró importante trabajar la *constancia* en Kalen pues por las diferentes pérdidas que tuvo en su vida (casa, escuela, amigos, juguetes, terapeutas, etc.) aprendió que los objetos no duran para siempre y esto le generaba mucha ansiedad.

Axline (1994) menciona que la constancia en el proceso terapéutico es tan importante como la constancia en cualquier otra relación, pues es el elemento que provee al niño de un sentimiento de *seguridad*.

La *identificación y expresión de emociones* se definió dentro de los focos de intervención pues los niños que han sufrido de maltrato (de cualquier tipo) parecen haber aprendido que es inaceptable y/o amenazante hablar de sus emociones, especialmente si son negativas. Por esa razón, no tienden a expresar verbalmente sus emociones (Morelato, 2011). Por otro lado, Cicchetti (2001) menciona que un gran número de experiencias traumáticas pueden ejercer un impacto negativo en la estructura del cerebro de los niños, afectando su función y organización, lo cual influirá en la forma en que experimentarán el mundo. Por lo tanto, es de esperar que las dificultades que tienen los niños maltratados para expresar sus emociones puedan no solo obedecer a un proceso de intimidación psicológica de parte del cuidador sino también a una manifestación neuroanatómica y neurofisiológica de un cambio en la estructura y función del cerebro como consecuencia del maltrato.

Con respecto al *autoconcepto y autoestima* fueron importantes trabajarlos pues el valorarse positivamente puede ser un factor que disminuya la posibilidad de presentar síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato familiar. Además permite lograr mayor resistencia a sucumbir a las consecuencias negativas de la experiencia de maltrato. Los niños con alta autoestima son capaces de establecer mejores procesos atribucionales de las razones del maltrato que reciben, evitando la internalización de autopercepciones negativas (Grotberg, 1996).

Se consideró importante trabajar la adquisición de *habilidades sociales* pues dentro de las consecuencias del maltrato infantil se encuentran: el aislamiento social, la agresividad y dificultades en la relación con sus iguales (Soriano, 2005).

Además, la capacidad para relacionarse con los demás es uno de los elementos primordiales que promueven la resiliencia (Suárez Ojeda, 2001).

Por la historia clínica se sabía que Kalen fue rechazado por sus padres desde el nacimiento. Por lo que la madre, como una forma de negarlo y compensarlo, lo sobreprotegió durante toda su vida.

Pero la sobreprotección puede a largo plazo destruir la resiliencia, incluso más que la violencia (Vanistendael, 1994). Además de que la madre tendía siempre a responsabilizar a los demás (profesores, especialistas, familiares) por los problemas de Kalen, y esto mismo lo aprendió él. Por lo que se consideró importante trabajar la *“responsabilidad y el autocuidado”* en Kalen.

Dentro de los focos de intervención se consideró *“fortalecer las redes sociales”* pues este es un aspecto importante para desarrollar la resiliencia en los niños y en las personas en general, pues la *red familiar* amplia (abuelos, “tíos”, etc.) son figuras que pueden desempeñar roles de apoyo con respecto a los niños y a los padres (Vanistendael, 2002).

Los logros obtenidos durante el proceso terapéutico fueron los siguientes:

El haber favorecido la *alianza terapéutica* fue un paso muy importante en el proceso, pues Kalen fue capaz de confiar en la terapeuta, comprender por qué asistía a terapia, el percibir que podía ser ayudado y así comprometerse con el proceso terapéutico.

Este logro se pudo observar cuando Kalen menciona: *“Aquí me siento seguro... Aquí puedo ser yo... Este es mi espacio... Ya no me siento solo, puedo decir lo que me pasa... Tú si me entiendes”*.

Grotberg (1996) menciona que la *confianza* es un aspecto clave para el desarrollo de la resiliencia, pues para ello es necesario que el niño cuente por lo menos con una persona a su alrededor en quien pueda confiar.

Por otro lado, Vanistendael, (2002) menciona que el sentimiento de ser profundamente *aceptado* y el contar con un *entorno que brinde sostén*, son primordiales para que un niño pueda sobrellevar una situación difícil y se vuelva *resiliente*.

Otro cambio en Kalen fue el hecho de que haya logrado *comunicarse* con la terapeuta, pues en un principio era muy difícil entablar una conversación con Kalen pues tendía a la verborrea, se saltaba de un tema a otro, era muy detallista, fantasioso y a veces hasta incongruente en sus relatos, pero conforme fue pasando el tiempo, su pensamiento se fue estructurando más y esto le permitió poder comunicarse mejor.

En un principio Kalen tendía a la *fantasía* para refugiarse en ella pues era ésta donde se sentía *seguro* y *cómodo*. Por lo que este aspecto se trabajó y conforme fue pasando el tiempo ya no se vio tanto en la necesidad de recurrir a ella; además de que fue capaz de diferenciar la fantasía de la realidad, aunque no del todo pues gran parte de sus miedos y fantasías eran alimentados por la familia, lo cual fue otra limitante en el proceso de Kalen.

Al respecto Selma Fraigberg (1959) dice: “*el niño que utiliza su imaginación y los seres que la pueblan para resolver sus problemas es un ser que trabaja para su propia salud mental*”. Y termina diciendo que la imaginación es una actividad en el ser humano, ya sea niño o adulto, que se vuelve casi una necesidad cuando se encuentra sumergido en un entorno traumatizante por lo que se convierte en un poderoso auxiliar de la resiliencia.

El no tener una rutina en casa y la falta de *constancia* en su vida, esto le originaba mucha angustia a Kalen. Por lo que al brindarle *estructura* (horario, actividades concretas, reglas, etc.) y *constancia* (haciéndole saber que se le esperaba siempre a la hora de la sesión, que la terapeuta estaba *presente*, que era *constante* y *predecible*) esto permitió que disminuyera la ansiedad en Kalen y que pudiera *organizarse, anticipar y planear*.

El poder *identificar y expresar sus emociones* fue importante para Kalen, pues conforme fue pasando el tiempo se mostró menos angustiado, movía menos las manos y corporalmente se veía más relajado.

Uno de los avances más sorprendentes en Kalen fue el hecho de *conocerse* lo suficiente como para describirse a partir de una pregunta: *¿Quién soy?*

Grotberg (1996) identificó diferentes factores que promueven la resiliencia y los dividió en cuatro categorías: “*yo tengo*” (apoyo); “*yo soy*” y “*yo estoy*” (atañe al desarrollo de fortaleza intrapsíquica); “*yo puedo*” (remite a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos), algunos factores que se vieron reflejados en ese ejercicio.

Para fomentar la *autoestima* en los niños son indispensables varios elementos en el proceso terapéutico. Uno de ellos es que el niño sea capaz de aceptarse y quererse a partir de una visión realista de su potencial y sus limitaciones. En el caso de Kalen fue capaz de identificar sus *recursos* (imaginación, inteligencia, creatividad, nobleza, etc.) así como sus limitaciones (dificultades en el área psicomotriz, en el aprendizaje y la dificultad para controlar sus impulsos).

Otro elemento necesario para la construcción de la autoestima tiene que ver con la calidad de la *relación afectiva* con otra persona significativa para el niño, en este caso la terapeuta.

Y finalmente para construir la autoestima es necesario obtener *logros personales*. Kalen por su parte fue capaz de obtener logros en algunas materias, como por ejemplo: haber obtenido la mayor calificación de su grupo en el examen de historia; ser el único en resolver el acertijo del zorro, la gallina y el maíz; haber pasado de grado en el Kumon (escuela de matemáticas) y comenzar a tener gusto por la lectura. Pero lo más impresionante y donde se puede ver claramente que Kalen mejoró su autoestima fue cuando mencionó: “*Me siento orgulloso de mí*”.

La “*capacidad para relacionarse con los demás*” tiene que ver con la habilidad para crear vínculos íntimos y fuertes con otras personas. En el caso de Kalen el hecho de que varios de sus compañeros(as) le hayan escrito en su libreta de recuerdos que lo extrañarían y que fue un buen amigo, y que él mismo haya mencionado: “*Es como mi hermano... Es mi mejor amigo... Los voy a extrañar*” habla de la capacidad de Kalen para relacionarse con los demás.

Por otro lado, Llobet (2005) refiere que los vínculos afectivos con un adulto (en este caso la terapeuta), permiten a los niños desarrollar la capacidad de experimentar “*confianza*” y, como consecuencia, consolidar relaciones estables, aceptando los aspectos positivos y negativos de los otros y de sí.

A veces una relación por muy débil que sea, puede ser la condición necesaria para que se pueda desarrollar la resiliencia en un niño. En el caso de Kalen, para activar la resiliencia, fue importante ayudarlo a *reconocer y fortalecer los vínculos afectivos* que tenía con las diferentes personas (tía J., hermana, amigos, terapeuta, etc.) y así reconstruir la confianza básica en sí mismo y en las personas cercanas.

Por la historia clínica y por las cosas que narraba Kalen en sus sesiones se sabía que su mamá tendía a sobreprotegerlo haciéndole todo (abrocharle las agujetas, peinarlo para irse a la escuela, bañarlo, pedirle la tarea a sus compañeros cuando faltaba, etc.). Por lo que este aspecto se trabajó con Kalen y conforme fue pasando el tiempo fue haciendo más *responsable* de sí mismo.

Dentro de los factores internos que promueven la resiliencia está la “*introspección*”. Esta última tiene que ver con la reflexión sobre uno mismo, sobre los otros, sobre los hechos y sobre el *sentido de la vida*. Michael Manciaux (en Suárez Ojeda, 2001) habla de la capacidad de *proyectarse en el futuro* y Ann y Alan Clarke (en Suárez Ojeda, 2001), de capacidad de *planificar y fijarse objetivos*, es decir, el hecho de dar una orientación a la vida.

En el caso de Kalen fue sorprendente escuchar su respuesta cuando se le preguntó cuál era su meta en la vida y contestar: “*Encontrar la verdad, saber para qué vine al mundo*”, por lo que aquí se ve claramente cómo Kalen comenzaba a cuestionarse sobre el sentido de la vida, aspecto que no tan fácilmente se ve en un preadolescente (esto último se trabajó casi al finalizar las sesiones, por lo que Kalen tenía 12 años de edad).

Finalmente el mayor logro de Kalen fue el hecho de considerar que su mayor aprendizaje durante su proceso terapéutico fue: “*el haber sido feliz*”.

Grotberg (1996) menciona que es posible *promover* la resiliencia en los niños si se desarrollan las competencias necesarias para adaptarse al entorno, afrontar los riesgos y superar las dificultades. Esto es posible si se trabaja desde los *recursos* del niño.

En el caso de Kalen algunos recursos se promovieron (como los que se mencionaron anteriormente) y algunos otros recursos que ya poseía, como la imaginación, la creatividad, la empatía, etc. no se trabajaron directamente en él sino que sólo se le ayudó a encontrar y reconocer esos recursos de los que disponía, motivándolo a emplearlos con mayor frecuencia.

Por otra parte, algunos aspectos que faltaron por trabajar en Kalen fueron: la identificación de valores con la figura masculina; nutrir la relación con su hermana; fomentar el autocuidado en el uso de armas si es que no se le pueden prohibir (aunque este aspecto se trabajó con la madre era necesario seguir reforzándolo); identificar mayores espacios seguros para adaptarse de manera más sana a su entorno *familiar*; y comprobar o rechazar la hipótesis de abuso sexual.

Por otro lado, la formación de los *padres* es parte de la educación de los niños y un método para promover su desarrollo, por lo tanto es importante incrementar la conciencia en los padres y la utilización de sus competencias parentales. En el caso de Kalen, solo se pudo trabajar con la madre pues el padre siempre se negó a asistir a las sesiones de orientación.

El hecho de que el padre no haya solicitado ayuda para la educación de sus hijos y mejorar los vínculos con ellos (Kalen y su hermana) fue una limitante importante en el proceso terapéutico pues no se vio en la necesidad de modificar sus patrones afectivos y/o conductuales con sus hijos.

Algunos aspectos que se trabajaron con la mamá fueron: la *resistencia* para el trabajo terapéutico y la *negación* de la madre respecto a las dificultades que presenta Kalen; la *constancia* en el proceso terapéutico como en la vida de Kalen; la adherencia a los tratamientos, sin olvidar y hacerle ver que el que lo llevara con los especialistas la responsabilidad de ayudar a Kalen no era únicamente de ellos, sino de ella también, pues la madre tendía a deslindarse de la responsabilidad que le correspondía. También se trabajó la atención de *necesidades* físicas y psicológicas de Kalen; los problemas de conducta en la escuela y el establecimiento de límites; el riesgo del uso de armas de parte del abuelo; los conflictos con la pareja y la violencia familiar. Se le sugirió asistir a terapia individual, aceptó pero nunca lo hizo.

Finalmente se puede concluir que la resiliencia puede darse en *todo tipo de niños*, desde niños con temperamentos dóciles y afectuosos hasta niños con características irascibles e introvertidas; aunque estos últimos van a encontrar más dificultades, puesto que son más vulnerables al momento de enfrentar adversidades (Luthar y cols., 2000).

Y por todo el trabajo terapéutico que se llevó con Kalen se puede concluir que es posible promover la resiliencia en niños maltratados a través de la terapia de juego no directiva y movilizar los recursos del niño. Además de que se puede seguir promoviendo si el *ambiente*, la *familia* y la *comunidad* siguen apoyando el desarrollo del niño y proveyendo los recursos que puedan necesitar para superar la adversidad (Glantz y Sloboba, 1999, y Masten, citados en Luthar y cols., 2000).

Por último es importante mencionar que debemos ocuparnos de todo aquello que promueva el *desarrollo* y *bienestar* de los individuos y no solo enfocarnos en la prevención de los *desórdenes* de la salud, pues el papel que tiene la *prevención*, es el de evitar o minimizar la gravedad de los efectos producidos por situaciones adversas, así como el impedir la repetición en otros de esas situaciones, cual es el caso del maltrato.

*Si decidiéramos ser protagonistas en lugar de víctimas
dejaríamos de perder el tiempo culpando a los demás
y tendríamos energía para diseñar la vida que queremos vivir.*

BIBLIOGRAFÍA

- Amar, J. et. al (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y desarrollo*, 11 (1), 162-197.
- Arruabarrena, Ma. I. y De Paul, J. (2001). Maltrato a los niños en la familia. Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, Ma. I. y De Paul, J. (2001). Manual de protección infantil. Barcelona: Masson.
- Arruabarrena, Ma. I., De Paul, J. y Torres, B. (1996). El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación. Barcelona: Universidad de Barcelona Serv. Publ.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Azar, S. T. (1991). Models of child abuse: a metatheoretical analysis. *Crim. Just. Behav.*, 18, 30-46.
- Axline, V. (1994). Terapia de juego. México: Editorial Diana.
- Bauer, Ma. et al (2007). Resiliencia y vida cotidiana. Uruguay: Psicolibros & Waslala.
- Bauer, W. D. y Twentyman, C. T. (1985). Abusing, neglectful and comparison mothers responses to child-related and non-child-related stressors. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 53, 335-343.
- Bellak, L. (2001). Test de Apercepción Infantil con figuras Animales para niños de 3 a 10 años (CAT-A). México: Paidós.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Bender, L. (1995). Test gúestáltico visomotor, usos y aplicaciones clínicas (B. G.). México: Paidós.
- Berkowitz, L. (1996). Agresión. Casusas, consecuencias y control. España: Descleé de Brouwer.
- Bloch, D. (2005). Para que la bruja no me coma. Fantasía y miedo de los niños al infanticidio. México: Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1983), La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós.
- Craig, G. (2001). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Crivillé, A. (1990). La sociedad, los profesionales y la familia del niño maltratado. Dinámica relacional. *Infancia sociedad*, 2, 75-91.
- Cyrułnik B. (2003). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Madrid: Gedisa.
- De Paul, J. y Arruabarrena, M. (1996). Manual de protección infantil. Barcelona: Masson.
- DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002). Barcelona, España: Masson.

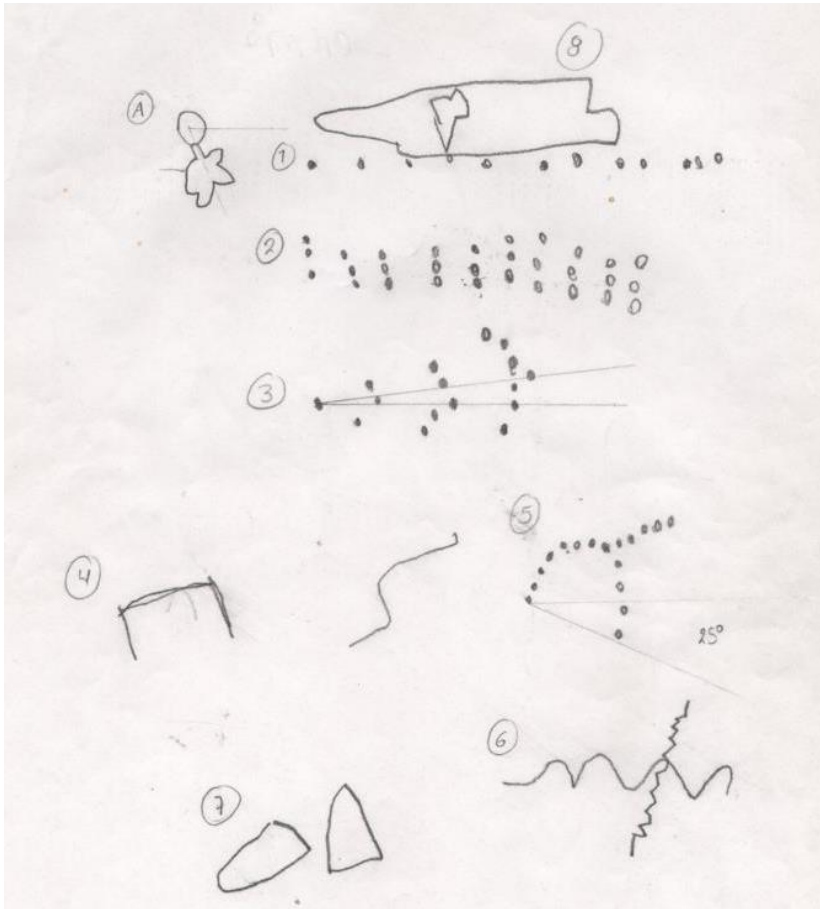
- Dubowitz, H., Black, M., Starr, R. H. y Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal justice and behavior*, 20, 8-27.
- Duss, L. (1997). *Fábulas de Duss: El método de las fábulas en psicoanálisis infantil*. Madrid: TEA
- Edwards, S. (1997). *Cuando los hombres creen en el amor*. México: Paidós.
- Fraiberg, S. (1969). *Los años mágicos*. Buenos Aires: Marfil.
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1927). *El humor*. Buenos Aires, Amorrortu, t. XX.
- Freud, S. (1900). *Obras completas. La interpretación de los sueños (primera parte)*. Buenos Aires, Amorrortu, t. IV.
- Frostig, M. (1980). *Método de evaluación de la percepción visual*. México: Manual Moderno.
- Fuster, E. G., García, F. y Musitu Ochoa, G. (1988). Maltrato infantil: Un modelo de intervención desde la perspectiva sistémica. *Cuadernos de consulta psicológica*, 4, 73-82.
- Grotberg, E. (1996): *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano* (trad. Néstor Suárez Ojeda). La Haya, Fundación Bernard Van Leer.
- Heredia, B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.
- Instituto Región y Desarrollo (2000): *“Proyecto Children’s Tapunacuy”*, Perú, comunicado en internet.
- Ison, M. S. y Morelato, G. S. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Univ. Psychol*, 7 (2), 357-367.
- Kinard, E. M. (1980). Emotional development in physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(4), 686-696.
- Klinkert, M. (2002). *Resiliencia. La estimulación del niño para enfrentar desafíos*. Buenos Aires: Lumen.
- Koppitz, E. (1973). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños*. México: Ed. Guadalupe.
- Krugman, R. D. (1985). Fatal child abuse. Analysis of 24 cases. *Pediatrician*, 12, 68-72.
- Llobet, V. (2005). *La promoción de la resiliencia con niños y adolescentes*.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Ministerio de asuntos sociales, Madrid, España.
- Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000): *“The construct of resilience: Implications for interventions and social policy”*, *Development and Psychopathology*.
- Marcovich, J. (1978). *Maltrato a los niños, el más oculto y el menos controlado de los crímenes*. México: Edicol.

- Mash, E. J. y Wolfe, D. A. (1991). Methodological issues in research on physical child abuse. *Criminal justice and behavior*, 18, 8-30
- Milner, J. S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y sociedad*, 2, 5-15.
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, N. (2001). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. México: Paidós.
- Morales, J. M., Zunzunegui, V. y Martínez, V. (1997). Modelos conceptuales del maltrato infantil: Una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit*, 11 (5), 231-241.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento psicológico*, 9 (17), 83-96.
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de psicología*, 29 (2), 205-224.
- Moreno, J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de psicología*, 18 (1), 135-50.
- Muñoz, V. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*, 16 (1), 107-124.
- Obando, O. et. al (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta colombiana de psicología*, 13 (2), 149-159
- Oros, L. y Vargas J. (2012). Fortalecimiento emocional de las familias en situación de pobreza: Una propuesta de intervención desde el contexto escolar. *Revista suma psicológica*, 19 (1), 69-80.
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27 (1), 7-22.
- Polansky, N. A., De Saix, C. y Sharlin, S. A. (1972). *Child neglect. Understanding and reaching the parent*. Child Welfare League of America, Washington.
- Puerta de Klinkert, María Piedad (2002). Resiliencia. La estimulación del niño para enfrentar desafíos. Argentina, Lumen.
- Puig, G. y Rubio, J. L. (2011). Manual de resiliencia aplicada. España: Gedisa.
- Rosales, G. (2008). Niñez, resiliencia, creatividad: la resiliencia en niños de 2 a 12 años, a través de la actividad constructiva con materiales volumétricos que posibiliten la representación tridimensional y la creatividad. Córdoba: Brujas.
- Rutter, M. (1995). Resiliencia: Algunas consideraciones sobre su concepto. *Contemporary Pediatrics*. Edición Argentina, 3 (3), 25-38.

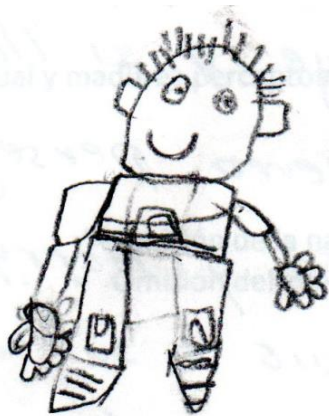
- Salzinger, S., Kaplan, S. y Artemyeff, C. (1983). Mother's personal social networks and child maltreatment. *J. Abnorm. Psycho.*, 92, 68-76.
- Solloa, L. (2006). Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México: Trillas.
- Soriano, F. J. (2005). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. *PrevInfad (AEPap) / PAPPS infancia y adolescencia*.
- Valle L.A., Silovsky, J. F. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child maltreatment*, 7 (1), 9-24.
- Vanistendael, S. (1994). La resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado. Suiza: BICE.
- Vanistendael, S. (1996). *Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*. Secretariado Nacional para la familia. Argentina.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Wechsler, D. (2005). Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-IV). México: Manual Moderno.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychol. Bull.*, 97, 462-482.
- Wolin, Sybil y Wolin, Steven (1999): Project Resilience, en <http://projectresilience.com>

ANEXOS

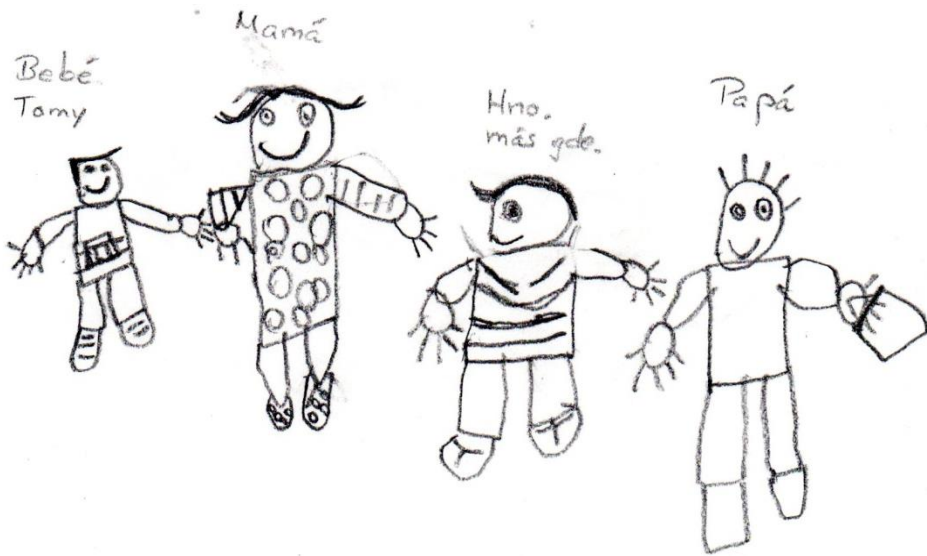
Anexo 1. Escala de maduración del Test de Bender para niños (B.G.)



Anexo 2. Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH)



Anexo 3. Test de la familia imaginaria



Anexo 4. Test de la familia real



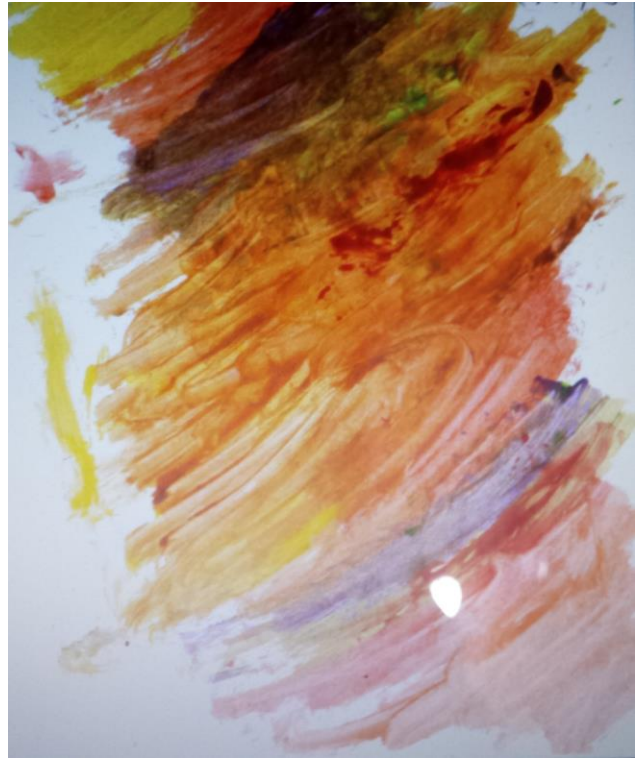
Anexo 5. Dibujo de su problema (la caja de la bondad)



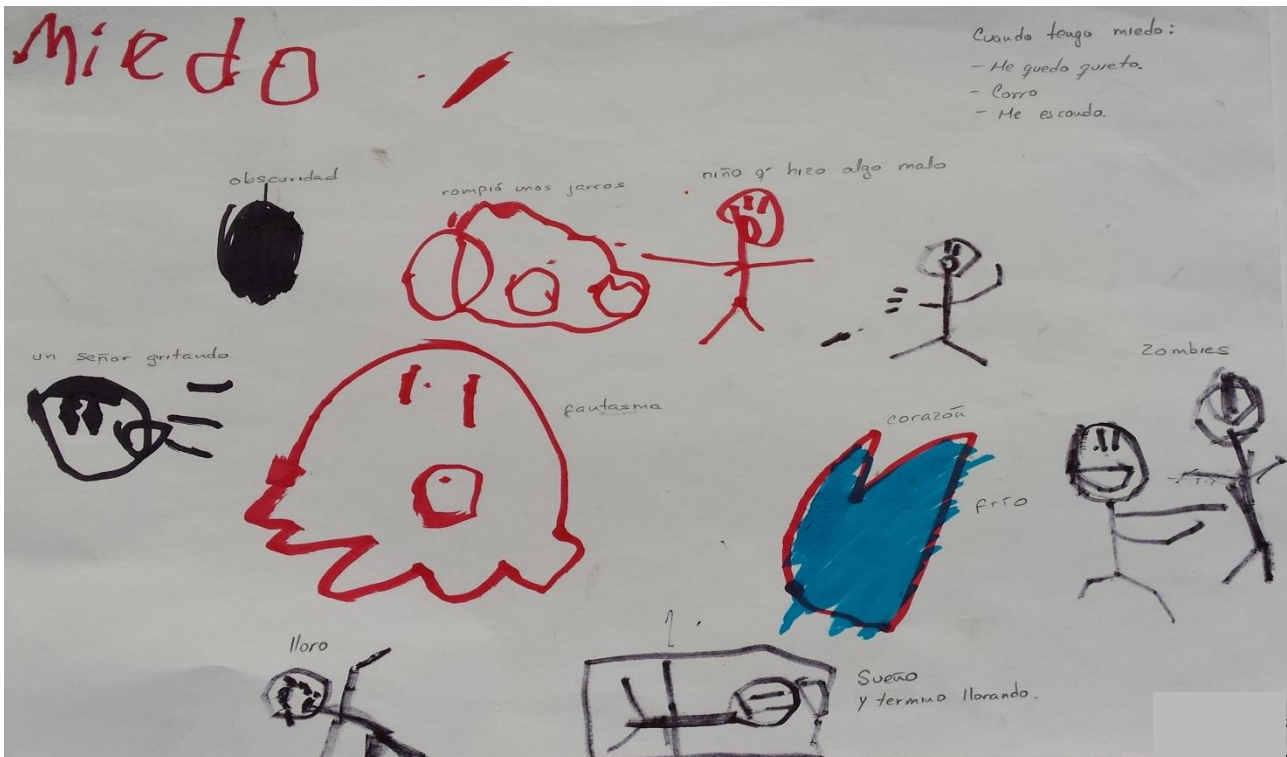
Anexo 6. Dibujo de su problema (Wildo – amigo imaginario)



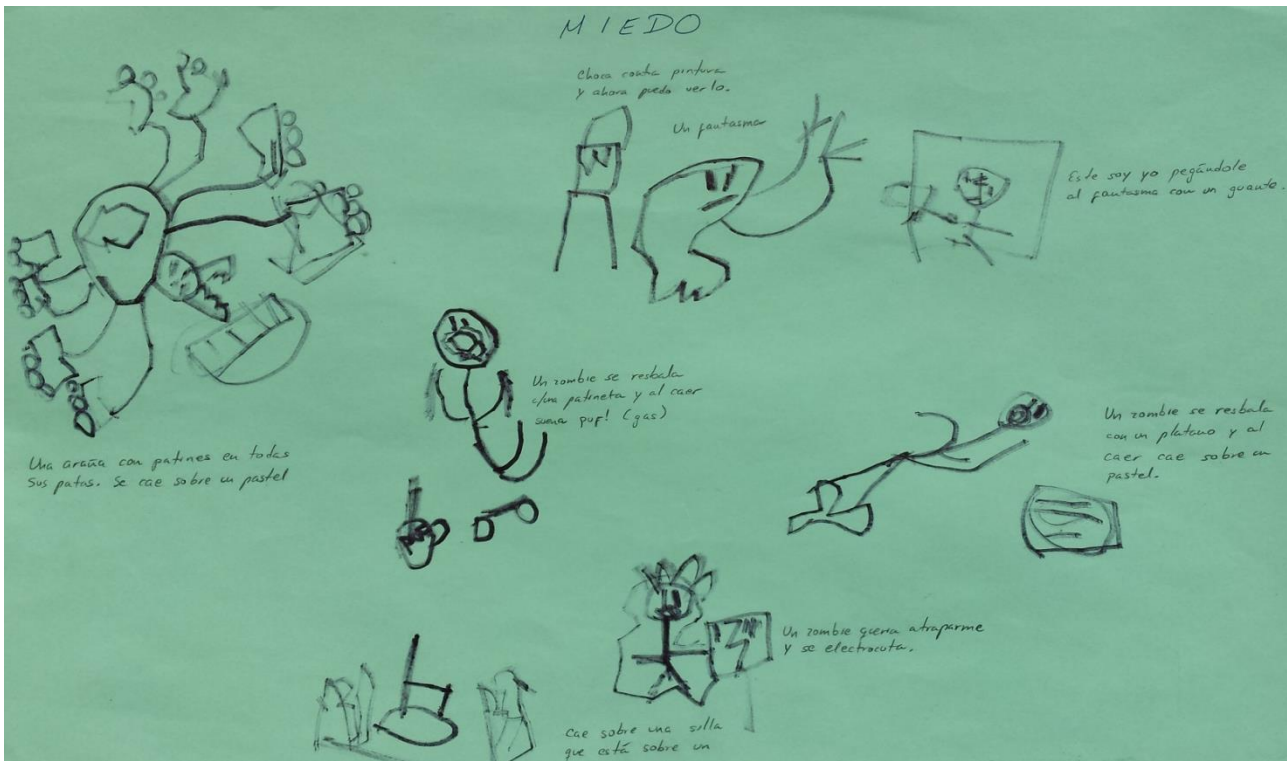
Anexo 7 y 8. Dibujo de su problema (Subterra y tripterra)



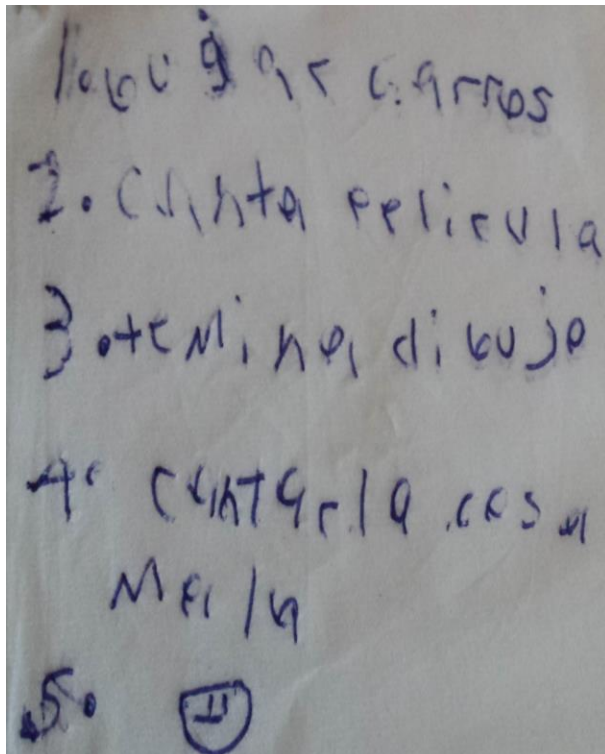
Anexo 9. Diferentes miedos



Anexo 10. Miedos ridiculizados



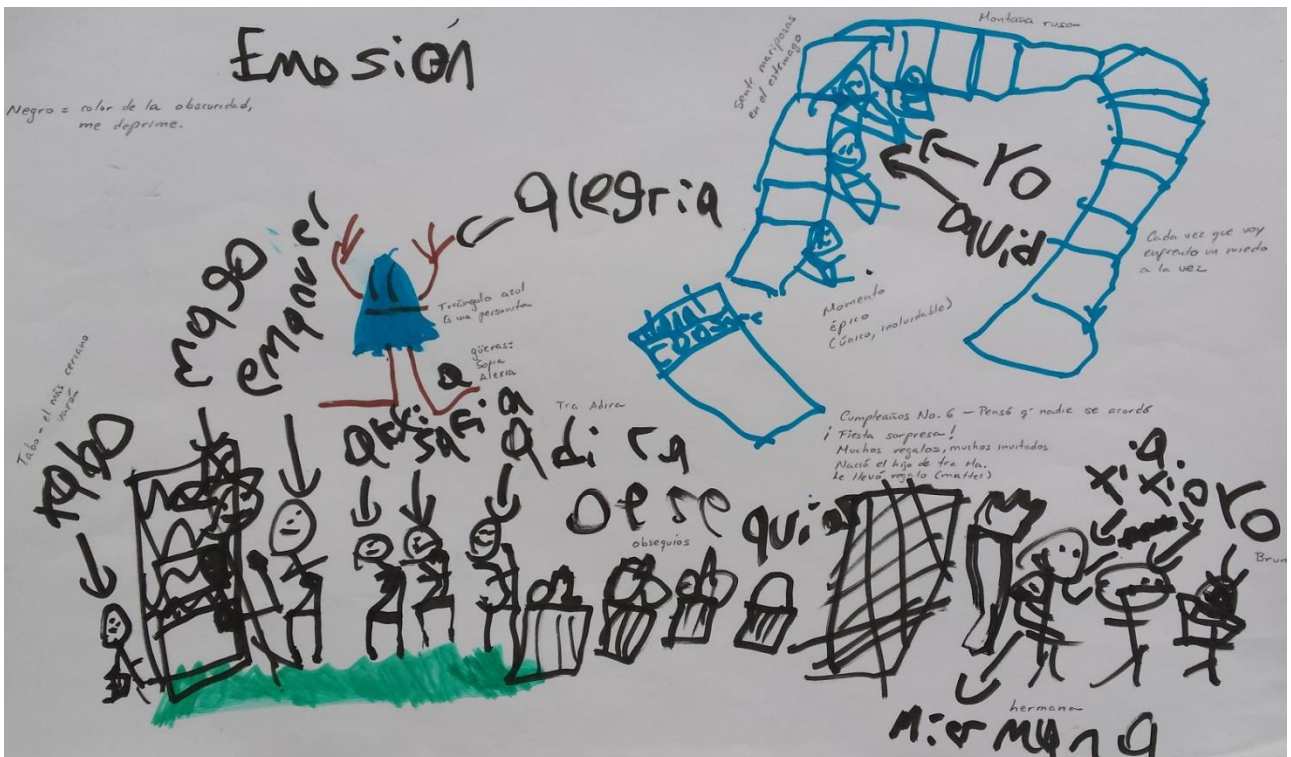
Anexo 11. Actividades que realizará para la siguiente sesión



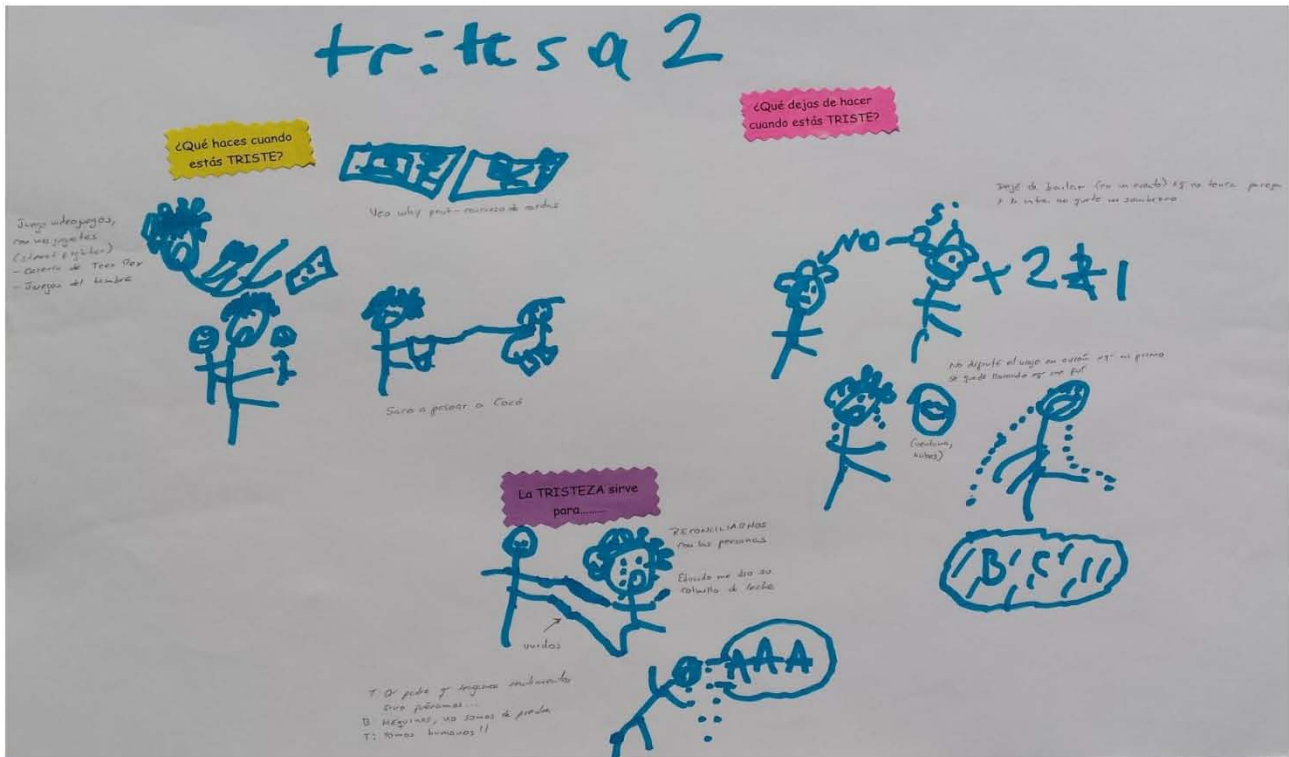
Anexo 12. Felicidad



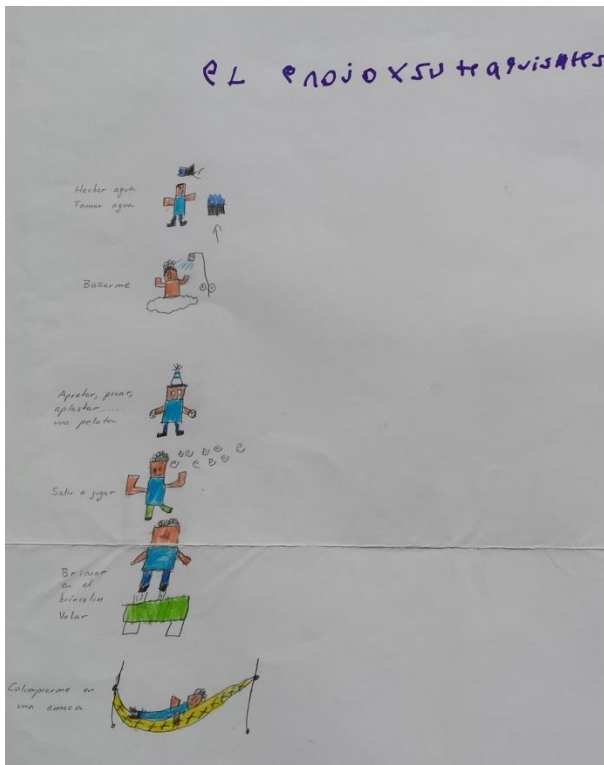
Anexo 13. Emocionado



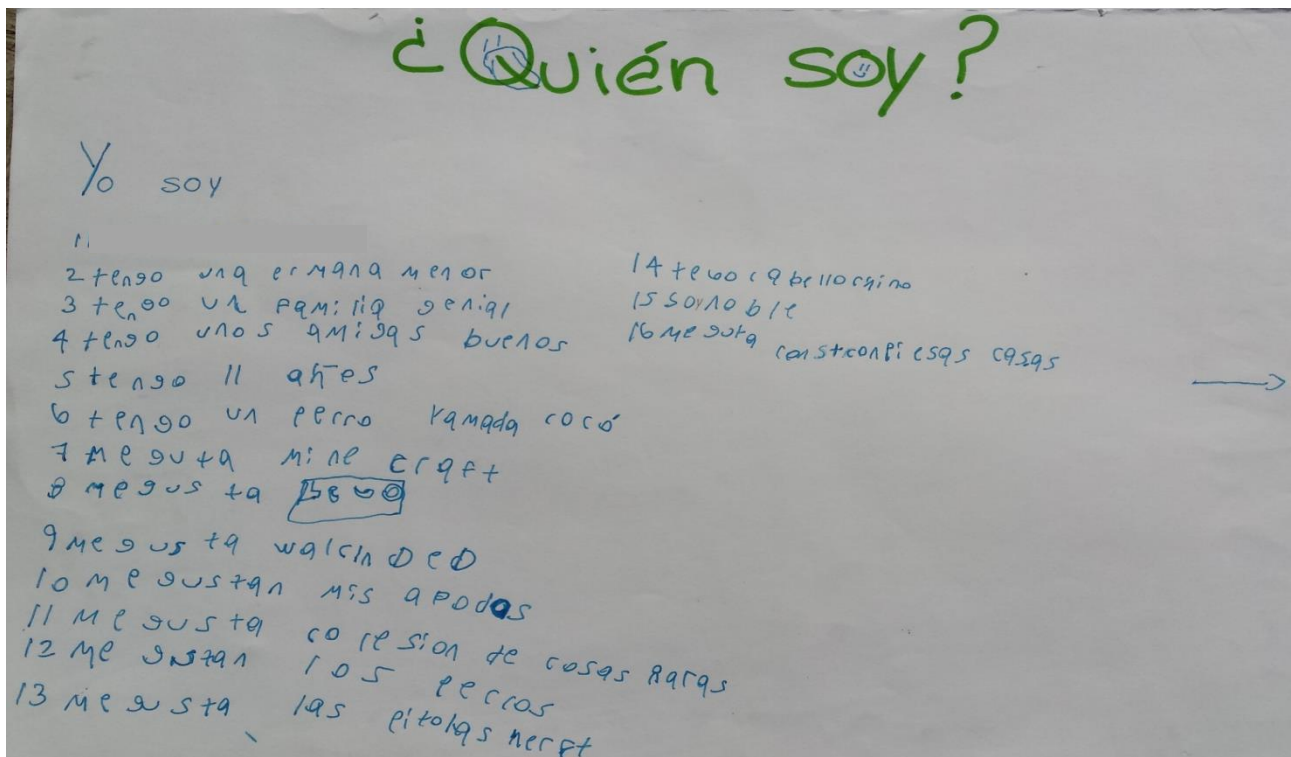
Anexo 14. Tristeza



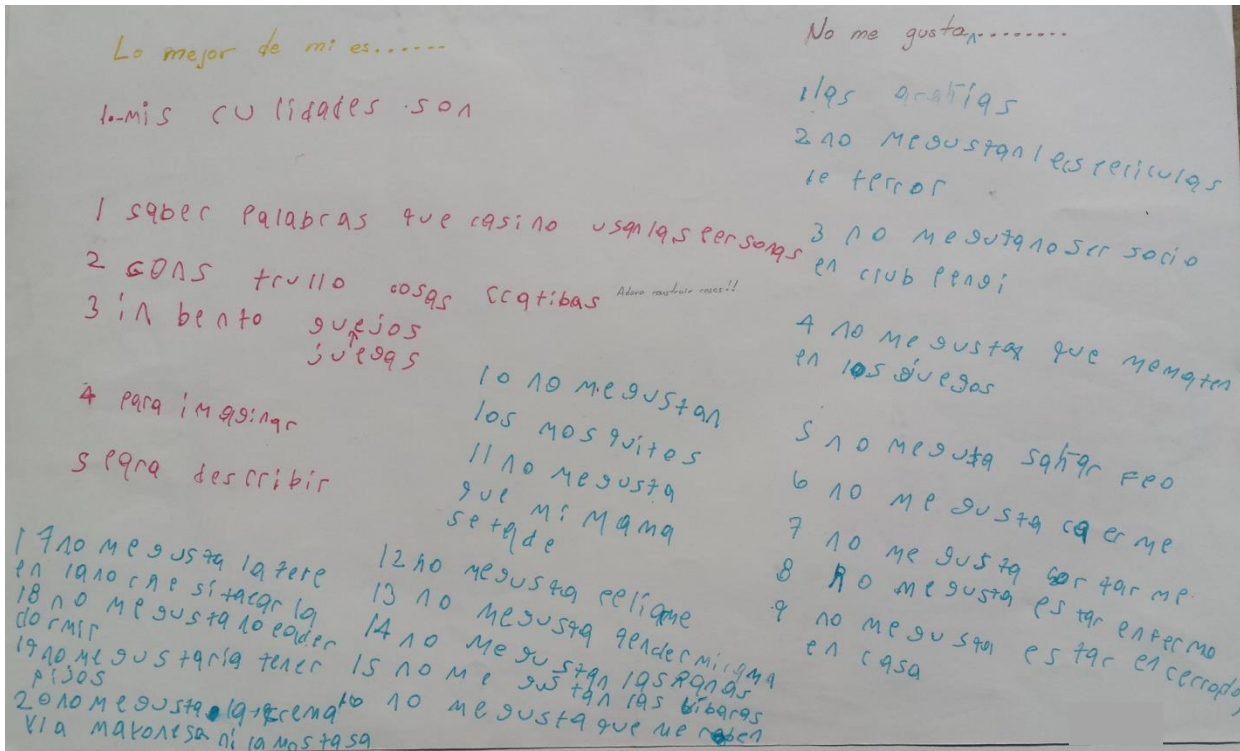
Anexo 15. El enojo y sus tranquilizantes



Anexo 16. ¿Quién soy?



Anexo 16. ¿Quién soy? (continuación)



Anexo 17. Súper Arts

